



**Sandra Patrícia  
Faustino Rodrigues**

**Supervisão em Enfermagem Neonatal:  
pais e enfermeiros como parceiros no  
desenvolvimento de competências**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Supervisão, realizada sob a orientação científica da Doutora Anabela Pereira, Professora auxiliar com agregação do Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro e da Doutora Isabel Santos, Professora auxiliar convidada do Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro

## **o júri**

presidente

**Prof. Doutora Maria Helena Gouveia Fernandes Teixeira Pedrosa de Jesus**  
Professora Associada com Agregação da Universidade de Aveiro

**Prof. Doutora Amarílis Pereira Rocha**  
Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu

**Prof. Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira**  
Professora Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro

**Prof. Doutora Isabel Maria Barbas dos Santos**  
Professora Auxiliar Convidada da Universidade de Aveiro

A realização desta dissertação não teria sido possível sem a colaboração imprescindível de algumas pessoas. Assim, entre muitas destaco:

As minhas orientadoras, a Professora Doutora Anabela Pereira e a Professora Doutora Isabel Santos, que com a supervisão que desenvolveram enriqueceram profundamente esta investigação.

As autoras da Family Nursing Practice Scale, a Professora Peggy Simpson e a Professora Marie Tarrant, e os autores da Newcastle Satisfaction with Nursing Scales, a Professora Elaine McColl, a Professora Senga Bond e o Professor Lois Thomas, que autorizaram o uso e a tradução destas escalas para esta investigação e cederam bibliografia extremamente relevante.

A Professora de Inglês Fátima Laouini que se disponibilizou para realizar a retroversão das escalas acima mencionadas.

Os meus colegas de trabalho, os Senhores Enfermeiros do Serviço de Pediatria/Unidade de Cuidados Intermédios de Neonatologia do Hospital Infante D. Pedro, que se disponibilizaram desde logo para participar neste estudo.

Os pais dos recém-nascidos que participaram neste estudo, pela sua disponibilidade, sugestões e contributo.

A todos, o meu muito obrigada!

## palavras-chave

Supervisão/parceria entre pais e enfermeiros, satisfação dos pais, avaliação de competências parentais, prática de enfermagem familiar.

## resumo

Os cuidados de enfermagem neonatais baseiam-se no Modelo de Parceria de Cuidados, em que os pais progressivamente desenvolvem competências cuidativas. Cabe aos enfermeiros a supervisão deste complexo processo, paralelo a uma prática reflexiva que permita o desenvolvimento de competências profissionais.

Realizámos um estudo de natureza exploratória e correlacional, com metodologia predominantemente quantitativa e com uma parte qualitativa. O objectivo geral é: correlacionar a auto-avaliação das competências parentais nos cuidados ao recém-nascido de risco com a satisfação dos pais e com a avaliação dos enfermeiros, no âmbito da prática de enfermagem familiar.

Foi aplicado um questionário a 101 pais de recém-nascidos internados numa Unidade de Cuidados Intermédios de Neonatologia, próximo do momento da alta, para que realizassem a auto-avaliação de competências nos cuidados ao recém-nascido e avaliassem a satisfação com os cuidados de enfermagem. Incluiu uma escala que desenvolvemos para os pais se auto-avaliarem e uma escala de satisfação que foi por nós traduzida. Os enfermeiros realizaram um questionário para avaliarem as competências parentais e um questionário acerca da prática de enfermagem familiar, cuja escala foi também por nós traduzida. Estes instrumentos obtiveram boas características psicométricas.

Os resultados obtidos permitem concluir que os pais auto-avaliam elevados níveis de competência nos cuidados ao recém-nascido de risco e sentem-se bastante satisfeitos com os cuidados de enfermagem. Verificou-se que a auto-avaliação de competências parentais está relacionada positivamente com o tempo de internamento, com a avaliação dos enfermeiros e com a satisfação com os cuidados de enfermagem e que está relacionada negativamente com as semanas de gestação do recém-nascido. Relativamente à prática de enfermagem familiar, não se verificou relação entre esta e as características profissionais dos enfermeiros. Os resultados obtidos através da análise de conteúdo revelam as sugestões dos pais para a melhoria dos cuidados e as vantagens, desvantagens e procedimentos que os enfermeiros reconhecem na prática de enfermagem familiar.

Este estudo reforça o papel pedagógico do enfermeiro e alerta também para a importância da auto-supervisão e da prática reflexiva.

O desenvolvimento de um programa de formação contínua acerca desta temática e o estabelecimento de grupos de supervisão clínica foram considerados como aspectos a desenvolver nesta unidade. A inclusão de sugestões dos pais foi também considerada fundamental. Futuramente, consideramos positivo aplicar este estudo noutras unidades de cuidados neonatais, para uma compreensão mais abrangente da supervisão neonatal.

**keywords**

Supervision/partnership between parents and nurses, parental satisfaction, assessment of parenting skills, family nursing practice.

**abstract**

The neonatal nursing care is based on Partnership Model of Nursing Care, in which parents are considered the best caretakers of the newborn. For this reason, after negotiation, they are progressively integrated into care, which encourages the development of care skills. It is up to nurses to supervise this process, parallel to a reflective practice that allows the development of professional skills.

To study this process, yet little investigated, we conducted an exploratory and correlational study with a predominantly quantitative methodology and a qualitative part. The overall aim is to correlate the self-assessment of parental care skills and the parental satisfaction with nursing care with the nurses' parental skills evaluation and the family nursing practice.

A questionnaire was administered to 101 parents of newborns admitted in an Intermediate Care Unit of Neonatology, near discharge, so that they could self-assess care skills and assess satisfaction with nursing care. This questionnaire included a scale developed by us for parents to self-assess care skills and a satisfaction scale that we translated. In addition, the nurses completed a questionnaire to assess parental care skills and a questionnaire about family nursing practice, whose scale we also translated. These instruments obtained high psychometric characteristics.

Results from the statistical analysis conclude that parents self-evaluate high levels of competence in newborns care and feel very satisfied with nursing care. It was found that self-evaluation of parental care skills is positively related to the length of stay, to the nurses' parental skills assessment and to parents' satisfaction with nursing care. It is negatively related to the gestational weeks of the newborn. The family nursing practice is not related to professional characteristics of nurses. Results from the content analysis reveal the parents' suggestions for improving care and the advantages, disadvantages and procedures that nurses recognize in family nursing practice.

This study reinforces the educational role of the nurse, through supervision that develops within the partnership. It also alerts to the importance of self-supervision and reflective practice for ensuring the quality of care.

The development of a training program about this theme to the multidisciplinary team and the establishment of groups for clinical supervision are projects to develop in this unit. The inclusion of parents' suggestions was also considered fundamental. In the future, we intent to apply this study in other neonatal care units, for a more comprehensive understanding of supervision and partnership care developed between parents and nurses.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO</b>	1
<b>I – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	7
<b>1 - SUPERVISÃO, APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO</b>	8
1.1 - PROCESSO SUPERVISIVO	14
1.2 - PRÁTICA REFLEXIVA	20
<b>2 - PRINCÍPIOS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA</b>	24
2.1 – MODELO DE PARCERIA DE CUIDADOS	28
2.2 – DIFICULDADES NA PRÁTICA DA PARCERIA DE CUIDADOS	32
<b>3 - DIFICULDADES DOS PAIS DE RN DE RISCO</b>	36
3.1 - IMPACTO DO NASCIMENTO DO RN PREMATURO	42
3.2 - COMPETÊNCIAS DOS PAIS DO RN DE RISCO	45
<b>4 - PAPEL DO ENFERMEIRO NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARENTAIS</b>	51
4.1 - PROMOÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS PELOS PAIS	53
4.2 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E SUPERVISÃO	57
4.3 - AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DOS PAIS	64
4.4 - SATISFAÇÃO DOS PAIS DO RN DE RISCO COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA UCI/IN	68
<b>II – CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA</b>	74
<b>1 - METODOLOGIA DE ESTUDO</b>	74
1.1 – TIPO DE ESTUDO	75
1.2 – OBJECTIVOS	76
1.3 - HIPÓTESES E VARIÁVEIS	77
1.4 – AMOSTRA	79
1.5 – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	80
1.6 - ESTUDO-PILOTO	90
1.7 – PROCEDIMENTOS	92
<b>1.7.1 – Procedimentos éticos</b>	93
1.8 – ESTUDO PSICOMÉTRICO DAS ESCALAS	93
<b>2 – RESULTADOS</b>	106

2.1 – RESULTADOS DO ESTUDO-PILOTO	108
2.1.1 – Auto-avaliação de competências parentais e satisfação com os cuidados de enfermagem	108
2.1.2 – Avaliação de competências parentais realizada pelos enfermeiros	120
2.2 – RESULTADOS DO ESTUDO SUPERVISÃO EM ENFERMAGEM NEONATAL	125
2.2.1 – Auto-avaliação de competências parentais e satisfação com os cuidados de enfermagem	125
2.2.2 – Avaliação de competências parentais realizada pelos enfermeiros	138
2.2.3 – Prática de enfermagem familiar	144
2.2.4. – Relação entre as características sócio-profissionais, do RN e do internamento e a auto-avaliação de competências parentais nos cuidados ao RN de risco.	154
2.2.5 - Relação entre a auto-avaliação das competências nos cuidados ao RN de risco e a avaliação de competências parentais nos cuidados realizada pelo enfermeiro.	161
2.2.6 - Relação entre as características sócio-demográficas, do RN e do internamento com a satisfação dos pais.	162
2.2.7 - Relação entre a auto-avaliação de competências parentais nos cuidados ao RN de risco e a satisfação dos pais com os cuidados de enfermagem	167
2.2.8 - Relação entre as características profissionais dos enfermeiros e a prática de enfermagem	167
<b>3 – DISCUSSÃO</b>	171
3.1 - AUTO-AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARENTAIS NOS CUIDADOS AO RN DE RISCO	171
3.2 - RELAÇÃO ENTRE A AUTO-AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARENTAIS NOS CUIDADOS AO RN DE RISCO E A AVALIAÇÃO DOS ENFERMEIROS	175
3.3 - SATISFAÇÃO DOS PAIS COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DA UCIN	176
3.4 - RELAÇÃO ENTRE A AUTO-AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARENTAIS E A SATISFAÇÃO DOS PAIS COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	179
3.5 - PRÁTICA DE ENFERMAGEM FAMILIAR	180

<b>4 – CONCLUSÃO</b>	191
4.1 – PRINCIPAIS CONCLUSÕES	191
4.2. – IMPLICAÇÕES PRÁTICAS	195
4.3 – LIMITAÇÕES	197
4.4 – INVESTIGAÇÕES FUTURAS	198

**BIBLIOGRAFIA**

**ANEXOS**



## LISTA DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Dimensões, indicadores e itens das competências parentais.	84
Quadro 2 – Matriz de saturação dos itens nos factores para solução rodada ortogonal VARIMAX com 4 factores (N=101) da EAACP. Inclui valores próprios (eigenvalue), % da variância explicada e % da variância cumulativa.	94
Quadro 3 – Análise de consistência interna dos itens da EAACP. Inclui médias, desvios padrão, correlação item total corrigida e valor do $\alpha$ se eliminado o item (N=98).	96
Quadro 4 – Análise de consistência interna dos factores da EAACP. Inclui correlação item total corrigida e valor do $\alpha$ se eliminado o item (N=101).	97
Quadro 5 – Análise de consistência interna dos itens da EACP. Inclui médias, desvios padrão, correlação item total corrigida e valor do $\alpha$ se eliminado o item (N=101).	98
Quadro 6 – Análise de consistência interna dos factores da EACP. Inclui correlação item total corrigida e valor do $\alpha$ se eliminado o item (N=101).	99
Quadro 7 – Análise de consistência interna dos itens da EECE. Inclui médias, desvios padrão, correlação item total corrigida e valor do $\alpha$ se eliminado o item (N=98).	101
Quadro 8 – Análise de consistência interna dos itens da ESCE. Inclui médias, desvios padrão, correlação item total corrigida e valor do $\alpha$ se eliminado o item (N=97).	102
Quadro 9 – Matriz de saturação dos itens nos factores para solução rodada ortogonal VARIMAX com 2 factores (N=36) da FNPS. Inclui valores próprios (eigenvalue), % da variância explicada e % da variância cumulativa.	103
Quadro 10 – Matriz de saturação dos itens nos factores para solução rodada ortogonal VARIMAX com 2 factores (N=36) da EPEF. Inclui valores próprios (eigenvalue), % da variância explicada e % da variância cumulativa.	104
Quadro 11 – Análise de consistência interna dos itens da EPEF. Inclui médias, desvios padrão, correlação item total corrigida e valor do $\alpha$ se eliminado o item (N=36).	105
Quadro 12 – Distribuição dos pais de acordo com a idade.	109
Quadro 13 – Distribuição dos pais de acordo com o sexo, a zona de residência e o estado civil.	109

Quadro 14 – Distribuição dos pais de acordo com as habilitações literárias e com a profissão.	110
Quadro 15 – Distribuição dos pais de acordo com a existência de mais filhos.	110
Quadro 16 – Distribuição dos pais de acordo com as complicações durante a gravidez.	110
Quadro 17 – Distribuição dos pais de acordo com as semanas de gestação do RN.	111
Quadro 18 – Média, desvio-padrão, mínimo e máximo das semanas de gestação do RN.	111
Quadro 19 – Distribuição dos pais de acordo com o tempo de internamento do RN.	111
Quadro 20 – Média, desvio-padrão, mínimo e máximo do tempo de internamento do RN.	111
Quadro 21 – Distribuição dos pais de acordo com as respostas à EAACP.	112
Quadro 22 – Distribuição dos pais de acordo com as respostas à EECE.	114
Quadro 23 – Distribuição dos pais de acordo com as respostas à ESCE.	115
Quadro 24 – Distribuição dos pais relativamente à questão 1 da secção 3 da ESEN.	116
Quadro 25 – Distribuição dos pais relativamente à questão 2 da secção 3 da ESEN.	117
Quadro 26 – Média, desvio-padrão, mínimo e máximo das respostas à questão 2 da secção 3 da ESEN.	117
Quadro 27 – Distribuição dos pais relativamente à questão 3 da secção 3 da ESEN.	117
Quadro 28 – Média, desvio-padrão, mínimo e máximo das respostas à questão 3 da secção 3 da ESEN.	117
Quadro 29 – Análise de conteúdo às respostas à questão 4 da secção 3 da ESEN.	118
Quadro 30 – Análise de conteúdo às respostas à questão 5 da secção 3 da ESEN.	119
Quadro 31 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com as habilitações literárias e com a categoria profissional.	120
Quadro 32 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com o tempo de serviço como enfermeiro.	121
Quadro 33 – Média, desvio-padrão, mínimo e máximo do tempo de serviço	

como enfermeiro.	121
Quadro 34 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com o tempo de serviço como enfermeiro de neonatologia.	121
Quadro 35 – Média, desvio-padrão, mínimo e máximo do tempo de serviço como enfermeiro de neonatologia.	121
Quadro 36 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com o método de trabalho.	122
Quadro 37 – Distribuição dos pais acordo com o diagnóstico do RN.	122
Quadro 38 – Distribuição dos pais de acordo com o acompanhamento do internamento do RN.	122
Quadro 39 – Distribuição dos pais de acordo com o interesse pelo RN.	123
Quadro 40 – Distribuição dos pais de acordo com a existência de alguma patologia ou comportamento de risco.	123
Quadro 41 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com as respostas à EACP.	123
Quadro 42 – Distribuição dos pais de acordo com a idade.	125
Quadro 43 – Distribuição dos pais de acordo com o sexo, a zona de residência e o estado civil.	126
Quadro 44 – Distribuição dos pais de acordo com as habilitações literárias e com a profissão.	126
Quadro 45 – Distribuição dos pais de acordo com a existência de mais filhos.	127
Quadro 46 – Distribuição dos pais de acordo com as complicações durante a gravidez.	127
Quadro 47 – Distribuição dos pais de acordo com as semanas de gestação do RN.	127
Quadro 48 – Mínimo, máximo, média e desvio-padrão das semanas de gestação do RN.	128
Quadro 49 – Distribuição dos pais de acordo com o tempo de internamento do RN.	128
Quadro 50 – Média, desvio-padrão, mínimo, máximo, do tempo de internamento do RN.	128
Quadro 51 – Distribuição dos pais de acordo com as respostas à EAACP	129
Quadro 52 – Distribuição dos pais de acordo com as respostas à EECE.	131
Quadro 53 – Distribuição dos pais de acordo com as respostas à ESCE.	132
Quadro 54 – Distribuição dos pais relativamente à questão 1 da secção 3 da ESEN.	133
Quadro 55 – Distribuição dos pais relativamente à questão 2 da secção 3 da	

ESEN.	134
Quadro 56 – Média, desvio-padrão, mínimo e máximo relativamente à questão 2 da secção 3 da ESEN.	134
Quadro 57 – Distribuição dos pais relativamente à questão 3 da secção 3 da ESEN.	134
Quadro 58 – Média, desvio-padrão, mínimo e máximo relativamente à questão 3 da secção 3 da ESEN.	135
Quadro 59 – Análise de conteúdo das respostas à questão 4 da secção 3 da ESEN.	135
Quadro 60 – Análise de conteúdo das respostas à questão 5 da secção 3 da ESEN.	137
Quadro 61 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com as habilitações literárias e com a categoria profissional.	139
Quadro 62 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com o tempo de serviço como enfermeiro.	139
Quadro 63 – Média, desvio-padrão, mínimo e máximo do tempo de serviço como enfermeiro.	140
Quadro 64 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com o tempo de serviço como enfermeiro de neonatologia.	140
Quadro 65 – Média, desvio-padrão, mínimo e máximo do tempo de serviço como enfermeiro de neonatologia.	140
Quadro 66 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com o método de trabalho.	140
Quadro 67 – Distribuição dos pais de acordo com o diagnóstico do RN.	141
Quadro 68 – Distribuição dos pais de acordo com o acompanhamento do internamento do RN.	141
Quadro 69 – Distribuição dos pais de acordo com o interesse pelo RN.	142
Quadro 70 – Distribuição dos pais de acordo com a existência de alguma patologia ou comportamento de risco.	142
Quadro 71 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com as respostas à EACP.	142
Quadro 72 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com as habilitações literárias e com a categoria profissional.	144
Quadro 73 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com o tempo de serviço como enfermeiro.	145
Quadro 74 – Média, desvio-padrão, mínimo e máximo do tempo de serviço como enfermeiro.	145

Quadro 75 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com o tempo de serviço como enfermeiro de neonatologia/pediatria.	145
Quadro 76 – Média, desvio-padrão, mínimo e máximo do tempo de serviço como enfermeiro de neonatologia/pediatria.	146
Quadro 77 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com o método de trabalho.	146
Quadro 78 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com as respostas à EPEF.	146
Quadro 79 – Análise de Conteúdo das respostas à questão 11 da EPEF.	148
Quadro 80 – Análise de Conteúdo das respostas à questão 12 da EPEF.	150
Quadro 81 – Análise de conteúdo das respostas à questão 13 da EPEF.	152
Quadro 82 – Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre a idade e os factores e pontuação total da EAACP. Testes bicaudais (N=101).	154
Quadro 83 – Resultados da aplicação do teste <i>t</i> de student para grupos independentes. Factor: sexo; Variáveis dependente: factores e total da EAACP.	155
Quadro 84 – Resultados da aplicação do teste <i>t</i> de student para grupos independentes. Factor: zona de residência; Variáveis dependente: factores e total da EAACP.	155
Quadro 85 – Análise de Variância de um critério. Factor: estado civil; Variáveis dependente: factores e total da EAACP.	156
Quadro 86 – Análise de Variância de um critério. Factor: habilitações literárias; Variáveis dependente: factores e total da EAACP.	157
Quadro 87 – Análise de Variância de um critério. Factor: profissão; Variáveis dependente: factores e total da EAACP.	157
Quadro 88 – Resultados da aplicação do teste <i>t</i> de student para grupos independentes. Factor: complicações na gravidez; Variáveis dependente: factores e total da EAACP.	158
Quadro 89 – Resultados da aplicação do teste <i>t</i> de student para grupos independentes. Factor: existência de mais filhos; Variáveis dependente: factores e total da EAACP.	159
Quadro 90 – Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre o tempo de internamento e os factores e pontuação total da EAACP. Testes bicaudais (N=101).	160
Quadro 91 – Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre as semanas de gestação e os factores e pontuação total da EAACP. Testes bicaudais (N=101).	160
Quadro 92 – Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre os factores e pontuação total da EAACP e os factores e total da EACP. Testes bicaudais	

(N=101).	162
Quadro 93 – Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre a idade e as sub-escalas da ESEN. Testes bicaudais (N = 101).	163
Quadro 94 – Resultados da aplicação do teste <i>t</i> de student para grupos independentes. Factor: sexo; Variáveis dependente: sub-escalas da ESEN.	163
Quadro 95 – Resultados da aplicação do teste <i>t</i> de student para grupos independentes. Factor: zona de residência; Variáveis dependente: sub-escalas da ESEN.	163
Quadro 96 – Análise de Variância de um critério. Factor: estado civil; Variáveis dependente: sub-escalas da ESEN.	164
Quadro 97 – Análise de Variância de um critério. Factor: habilitações literárias; Variáveis dependente: sub-escalas da ESEN.	164
Quadro 98 – Análise de Variância de um critério. Factor: profissão; Variáveis dependente: sub-escalas da ESEN.	165
Quadro 99 – Resultados da aplicação do teste <i>t</i> de student para grupos independentes. Factor: complicações na gravidez; Variáveis dependente: sub-escalas da ESEN.	165
Quadro 100 – Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre as semanas de gestação e as sub-escalas da ESEN. Testes bicaudais (N = 101).	166
Quadro 101 – Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre o tempo de internamento as sub-escalas da ESEN. Testes bicaudais (N = 101).	166
Quadro 102 – Resultados da aplicação do teste <i>t</i> de student para grupos independentes. Factor: existência de mais filhos; Variáveis dependente: sub-escalas da ESEN.	166
Quadro 103 – Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre os factores e pontuação total da EAACP e as sub-escalas da ESEN. Testes bicaudais (N=101).	167
Quadro 104 – Análise de Variância de um critério. Factor: habilitações literárias; Variáveis dependente: factores e total da EPEF.	168
Quadro 105 – Análise de Variância de um critério. Factor: categoria profissional; Variáveis dependente: factores e total da EPEF.	168
Quadro 106 – Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre o tempo como enfermeiro e os factores e o total da EPEF. Testes bicaudais (N = 101).	169
Quadro 107 – Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre o tempo como enfermeiro de Neonatologia/Pediatria e os factores e o total da EPEF. Testes	

bicaudais (N = 101).	169
Quadro 108 – Análise de Variância de um critério. Factor: método de trabalho; Variáveis dependente: factores e total da EPEF.	170

## **SIGLAS**

- ALTE: Apparent Life Threatening Event
- EB: Ensino Básico
- EAACP: Escala de Auto-Avaliação de Competências Parentais
- EACP: Escala de Avaliação de Competências Parentais
- EECE: Escala de Experiências com os Cuidados de Enfermagem
- EPEF: Escala da Prática de Enfermagem Familiar
- ESCE: Escala de Satisfação com os Cuidados de Enfermagem
- ESEN: Escalas de Satisfação com a Enfermagem – Newcastle
- FNPS: Family Nursing Practice Scale
- HIP: Hospital Infante D. Pedro
- LIG: Leve para a Idade Gestacional
- NSNS: Newcastle Satisfaction with Nursing Scales
- RN: Recém-Nascido
- SPSS: Statistical Package for Social Sciences
- TTRN: Taquipneia Transitória do Recém-Nascido
- UCI/IN: Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios de Neonatologia
- UCIN: Unidade de Cuidados Intermédios de Neonatologia



## INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Supervisão, foi determinada a elaboração de uma dissertação como trabalho final. A escolha da temática deste estudo de natureza exploratória - "Supervisão em Enfermagem Neonatal: Pais e Enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências" - está relacionada com a minha actividade profissional e com as questões com que me deparei relativamente à supervisão realizada pelos enfermeiros neste contexto.

Desempenho funções como enfermeira na Unidade de Cuidados Intermédios de Neonatologia (UCIN) do Hospital Infante D. Pedro (HIP), em que o objecto dos cuidados de enfermagem é a díade recém-nascido (RN) de risco/pais. A filosofia de cuidados de enfermagem nesta área baseia-se nos cuidados centrados na família, na parceria de cuidados com os pais e nos cuidados atraumáticos. Concretamente, os pais são considerados os melhores prestadores de cuidados para a criança, na medida em que a família é mediadora entre ela e o mundo (Casey, 1993). A Ordem dos Enfermeiros (2005a) corrobora esta posição quando refere que são diversas as circunstâncias em que a parceria de cuidados deve ser estabelecida envolvendo as pessoas significativas do utente, sendo necessário considerar a família como objecto do processo de cuidados.

Dessa forma, grande parte do desempenho do enfermeiro de Neonatologia passa por educar os pais relativamente aos cuidados necessários ao RN de risco, contribuindo para a sua crescente autonomia e adaptação. A supervisão e educação para a saúde realizada pelos enfermeiros são imprescindíveis e assumem um papel fundamental em todo este processo.

Com o decorrer da actividade profissional, reflecto progressivamente acerca da melhor forma de prestar cuidados de enfermagem e desenvolver este processo de educação para a saúde e de supervisão relativamente à díade pais/RN de risco. Com o Mestrado em Supervisão desenvolvo conhecimentos pedagógicos e competências supervisivas que me tornam também mais atenta e mais crítica relativamente à prática de enfermagem.

Nas palavras de Alarcão (2001b, p. 53) "*um enfermeiro é um profissional do humano*", o que traduz a necessidade de estar atento aos processos relativos à humanização dos cuidados, à pessoa enquanto ser holístico e inserida num determinado contexto. Assim, situando-me num princípio de inacabamento e de auto-implicação e valorizando a prática reflexiva, aspectos aparentemente rotineiros do dia-a-dia vão sendo dissecados, assumindo uma nova complexidade e dimensão.

É neste contexto de auto e hetero-supervisão que surgem algumas dúvidas quanto ao desempenho do enfermeiro de Neonatologia, nomeadamente, na prática de enfermagem centrada na família, na supervisão, educação e avaliação que desenvolve relativamente aos pais, e quanto à perspectiva dos pais sobre os cuidados prestados. Concretamente, considero oportuno estudar a prática de enfermagem familiar, ou seja as atitudes dos enfermeiros perante a família e até que ponto a envolvem verdadeiramente nos cuidados, bem como, estudar a avaliação que o enfermeiro faz das competências dos pais nos cuidados ao RN de risco. Relativamente aos pais, será interessante perceber até que ponto se sentem competentes nos cuidados ao seu RN de risco, e verificar se eles se sentem ou não satisfeitos com os cuidados de enfermagem neonatal.

Na prática diária de enfermagem neonatal e ao observar a prática dos colegas constato que, de uma forma geral, valorizamos a filosofia dos cuidados centrados na família e a parceria de cuidados, contudo, apesar do esforço, permanecem algumas falhas na negociação dos cuidados com os pais. Tal não acontece devido à falta de disponibilidade, às rotinas enraizadas, mas também, devido a alguma preocupação acerca da responsabilidade legal nos cuidados. Para além da execução dos cuidados, é por vezes difícil envolver os pais no planeamento e avaliação dos cuidados, o que é pressuposto no modelo de parceria de cuidados.

Considero também que a avaliação do enfermeiro de Neonatologia que observa, supervisiona e avalia os pais, desenvolvendo estratégias para que eles evoluam na prestação de cuidados ao RN de risco até à total autonomia, deve ser reflectida e investigada, no sentido de averiguar se é válida e se corresponde à auto-avaliação que os pais fazem das suas próprias competências. De facto, muitas vezes os pais sentem-se inseguros e ansiosos perto do momento da alta, sendo relevante tentar perceber se a perspectiva dos enfermeiros e pais neste âmbito é coincidente, dado que é a partir da avaliação que o plano de cuidados é reformulado e se reforça a educação para a saúde.

É também necessário que o enfermeiro se inteire do nível de satisfação dos pais relativamente aos cuidados de enfermagem prestados nas UCI/IN (Unidades de Cuidados Intensivos/Intermédios de Neonatologia), nomeadamente, compreender o que sentem relativamente ao comportamento e acção do enfermeiro. De facto, a satisfação dos utentes com os cuidados é relevante, uma vez que está positivamente relacionada com os resultados e com a capacidade de auto-cuidado (Peterson *et al.*, 2005), o que alerta para a necessidade de a medir.

Por todos estes motivos, apesar de considerar que na Enfermagem Neonatal se faz um esforço diário para prestar cuidados em parceria com os pais, entendo que há

aspectos que podem ser investigados, no sentido de identificar as necessidades existentes e desenvolver esforços para melhorar a qualidade dos cuidados, que é hoje um imperativo nas instituições de saúde.

A procura pela clarificação do conhecimento e do sentido dos cuidados de enfermagem é uma responsabilidade de todos os enfermeiros, independentemente da sua área de intervenção. Para isso é necessário questionarmo-nos acerca dos cuidados prestados actualmente e, avaliar se estes evoluem a par da sociedade e das investigações que vão sendo realizadas, considerando a prática de enfermagem como um campo de aplicação do conhecimento científico emergente (Amendoeira, 2000).

A Enfermagem Neonatal tem sido alvo de investigação, no sentido dos enfermeiros desenvolverem conhecimentos acerca da melhor forma de prestar cuidados centrados na família, atraumáticos e em parceria com os pais do RN.

A nível nacional, têm-se realizado estudos de forma a identificar as necessidades de apoio dos pais das crianças hospitalizadas, verificando-se uma tendência internacional de investigar as interacções entre enfermeiro e família, sob ambas as perspectivas (Estevinho, 2004). A Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica valoriza o papel parental e por isso muitas questões se colocam a estes enfermeiros, no sentido de integrar os pais nos cuidados, de identificar o que facilita a sua aprendizagem, quais as razões da sua participação e o que podem realizar.

Assim sendo, no contexto nacional, verifica-se que a parceria de cuidados encontra-se ainda comprometida em muitos serviços de Pediatria e Neonatologia. Mano (2002) refere que aspectos como a cultura organizacional, a relação de parceria e o método de trabalho de enfermagem, influenciam o estabelecimento da parceria de cuidados. No seu estudo exploratório e descritivo acerca da predisposição dos pais e enfermeiros para a parceria de cuidados, realizado no Hospital Pediátrico de Coimbra, concluiu que enfermeiros e pais perspectivam a parceria de cuidados de forma diferente, principalmente no que consta à dimensão prática do modelo e ao planeamento conjunto.

De facto, apesar da filosofia inerente aos cuidados de enfermagem na Pediatria/Neonatologia ser comumente aceite, a autora verificou que a participação dos pais nos cuidados variava consoante o serviço e o enfermeiro, não existindo uma planificação prévia. Os enfermeiros, apesar de reconhecerem as vantagens da presença dos pais, consideravam os seus comportamentos desajustados, não planeando a parceria de forma sistemática. Na opinião de Martins (1991), a falta de adesão à parceria por parte dos profissionais está muitas vezes relacionada com a sua sensibilização.

Quanto aos pais, Mano (2002) verificou que estes referiam dificuldade em compreender o papel que podiam desempenhar, sentindo-se ansiosos e inseguros o que pode estar relacionado com a sua incapacidade e insegurança face a uma situação estranha, devido ao facto de se encontrarem num hospital, desconhecendo a ajuda que podem obter dos seus parceiros. Concluiu também que os pais não estão tão predispostos para a parceria dos cuidados como os enfermeiros julgam, sugerindo por isso o estabelecimento de uma cultura organizacional de parceria e uma mudança de estruturação na admissão da criança/família. Paraphrasing Martins (1991), quando os profissionais se deparam com este tipo de comportamento, devem ter em conta que apesar destas situações serem rotineiras si, o mesmo não acontece para os pais. Para eles este é um período de crise e de desequilíbrio psicológico, em que as suas capacidades se encontram temporariamente diminuídas. O seu papel de protectores da criança desaparece, sentindo-se na obrigação de aceitar as decisões de profissionais, sentindo assim que estão a trair o seu filho.

Já num estudo realizado aos pais de uma Unidade de Cuidados Intensivos de Pediatria num hospital de Lisboa, concluiu-se que factores como a proximidade, a relação de ajuda, a solicitação, a satisfação, o conhecimento, a participação e a iniciativa própria, condicionam por esta ordem a participação e envolvimento da família (Gonçalves *et al.* 2001).

Marques e Sá (2004), num estudo descritivo que realizaram sobre competências maternas auto-percebidas no contexto da prematuridade, alertam também que apesar do incentivo à presença e envolvimento dos pais nos cuidados, a parceria não é aplicada integralmente e de forma sistematizada, com a ausência de um plano de ensino para a alta e de um guia escrito de orientação para os pais. Tudo isto leva a que os pais se sintam muitas vezes inseguros no momento da alta clínica, em que os cuidados são transferidos das UCI/IN para o domicílio e os pais ficam totalmente responsáveis pela tomada de decisão.

Neste estudo verificou-se ainda que a idade gestacional e o peso de nascimento do bebé correlacionam-se negativamente com a competência materna auto-percebida, enquanto que o tempo de internamento correlaciona-se positivamente com a competência materna auto-percebida no contexto da prematuridade, o que pode estar relacionado com a parceria de cuidados desenvolvida.

Idealmente, a parceria de cuidados clarifica o papel dos pais na prestação de cuidados à criança, permitindo-lhes uma participação activa, o que exige aos enfermeiros desempenharem um papel de aconselhamento/ensino aos pais. Conhecer as dificuldades

dos pais permite à equipa de enfermagem a preparação para a alta, de forma a reforçar os aspectos relativamente aos quais é expressa maior insegurança.

A qualidade dos cuidados e a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem são também aspectos que ocupam um lugar central nas preocupações actuais da enfermagem. Uma das componentes essenciais da qualidade dos cuidados de enfermagem pediátrica/neonatal é a capacidade dos enfermeiros trabalharem com os pais. Num estudo qualitativo realizado por Espezel e Canam (2003) os pais consideraram que a partilha dos cuidados com os enfermeiros um aspecto positivo da interacção entre ambos, contudo, não a consideraram uma relação colaborativa.

Relativamente à supervisão na Enfermagem Neonatal, verifica-se a ausência de estudos sobre esta temática. Dessa forma, a supervisão tem também de ser desenvolvida enquanto processo inerente aos cuidados em parceria e centrados na família.

Revela-se assim necessária a mudança de atitudes e comportamentos, no sentido da humanização dos cuidados adequados a cada criança e família, de forma a respeitar a integridade emocional e afectiva da criança, privilegiando a sua relação com a família. Jorge (2004) reforça esta ideia, referindo que aos enfermeiros cabe a missão de defender os direitos da criança e família. É fundamental que estes profissionais trabalhem com os cuidadores de forma a garantir o seu bem-estar máximo. Para que tal seja possível, o enfermeiro deve assumir-se como um profissional reflexivo relativamente à sua prática, pois tal como afirma Alarcão (2001b), a compreensão da realidade é o centro da aprendizagem.

O enfermeiro é assim um elemento fundamental na promoção da aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências por parte dos pais, o que constitui um pilar fundamental nas estratégias de saúde actuais (Estevinho, 2004). Wong (1999) acrescenta que a parceria implica que tanto profissionais de saúde, como pais, se tornem mais capazes pela partilha de conhecimento e de recursos, o que se revela vantajoso para todos os intervenientes no processo. Refere ainda que esta filosofia de cuidados é percebida pelos pais como um indicador de qualidade dos cuidados prestados nas instituições de saúde.

Este tipo de actuação é reforçada pela Ordem dos Enfermeiros (2005b), segundo a qual o enfermeiro conjuntamente com o utente e família desenvolve processos de adaptação eficaz, sendo necessários a continuidade do processo de cuidados de enfermagem, o planeamento da alta e a optimização das capacidade do utente e família, o que exige ensino, instrução, treino e supervisão do utente e/ou família.

No mesmo documento, este organismo regulador da prática de enfermagem especifica que o enfermeiro deve actuar de forma a dar poder ao indivíduo e família, fornecendo informação relevante para otimizar as suas capacidades e recursos e assim atingirem níveis óptimos de saúde. Realça ainda que o enfermeiro proporciona apoio e educação no desenvolvimento para uma vida independente, através da valorização do potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem, da aplicação do conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interacções com o utente e a família e da avaliação da aprendizagem e compreensão destes.

Tendo em conta a amplitude do problema exposto, pretendemos realizar um estudo exploratório, partindo das seguintes questões:

- Os pais sentem-se competentes na prestação de cuidados ao RN de risco, próximo do momento de alta clínica?

- Será que a avaliação das competências parentais nos cuidados ao RN de risco realizada pelo enfermeiro coincide com a auto-avaliação dos pais?

- Os pais com RN internados na UCI/IN sentem-se satisfeitos com a prestação de cuidados de enfermagem?

- Os enfermeiros das UCI/IN valorizam de facto a prática de enfermagem centrada na família?

Nesta dissertação é estudada a auto-avaliação de competências do progenitor nos cuidados ao RN e a avaliação de competências do progenitor realizada pelo enfermeiro, ambas realizadas próximo à alta clínica, o que vai permitir compará-las. Para além disso, será também estudada a prática de enfermagem familiar de cada enfermeiro e a satisfação do progenitor com os cuidados de enfermagem. Todos estes dados serão obtidos através de questionários de auto-relato e serão depois cruzados de forma a verificar as relações entre as variáveis.

Este estudo encontra-se organizado em duas partes: parte I – Revisão Bibliográfica e parte II – Contribuição Empírica. A primeira parte é constituída por quatro capítulos em que são revistos os principais modelos e conceitos da supervisão e da enfermagem neonatal. É realizada especial incidência nas dificuldades que se colocam aos pais do RN de risco e nas suas competências, bem como no papel do enfermeiro como supervisor e promotor do desenvolvimento dos pais enquanto cuidadores do RN. Já na segunda parte, são descritas as várias fases da investigação realizada, encontrando-se sistematizada em metodologia, resultados, discussão e conclusão.

**PARTE I**  
**REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

## **I – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

A revisão bibliográfica consiste numa avaliação crítica de um conjunto de publicações relevantes num determinado domínio de investigação, sendo que a síntese daí resultante permite a conceptualização da investigação (Fortin, 1999).

Nesta parte do trabalho é realizada a revisão de bibliografia relativa aos aspectos fundamentais da supervisão como promotora de desenvolvimento, abordando a relação supervisiva e a prática reflexiva. Posteriormente a prestação de cuidados de enfermagem em contexto de Neonatologia é fundamentada, identificando o tipo de cuidados que são defendidos para esta área, o papel dos enfermeiros e as dificuldades dos pais dos RN de risco e o seu papel enquanto parceiros. As estratégias de educação para a saúde, supervisão e avaliação são destacadas como promotoras de autonomia e a satisfação dos pais com os cuidados de enfermagem é também abordada.

### **1 - SUPERVISÃO, APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO**

Neste capítulo a supervisão é descrita como promotora de aprendizagem e de desenvolvimento humano, conceitos fundamentais para a compreensão da supervisão no contexto dos cuidados em parceria com os pais em Enfermagem Neonatal. Seguidamente é caracterizado o processo supervisivo e a prática reflexiva é destacada.

De uma maneira geral, a supervisão é vista como um instrumento que promove a qualidade da enfermagem, uma vez que tem como objectivo desenvolver o potencial de cada enfermeiro e assim melhorar os cuidados aos utentes (Servo e Correia, 2006).

Ciampone (1985) e Maudonnet (1988) citado por Rebello (2002) refere que a supervisão enquanto processo educativo tem a finalidade de promover o desenvolvimento profissional, melhorar a produtividade e facilitar o trabalho da equipa. Os autores designam a supervisão como um processo centrado no desenvolvimento do ser humano, que deve ter como meta a educação dos trabalhadores e o aprimoramento da interacção entre o supervisor e o supervisando.

Já Alarcão e Tavares (2003) realçam a evolução do conceito de supervisão, por vezes ainda associada a falsos sinónimos como inspecção e hierarquia, situando-a num novo paradigma proposto por Isabel Alarcão em 1987, e definindo-a como o processo em que um profissional mais experiente e mais informado orienta outro profissional ou candidato, no seu desenvolvimento humano e profissional. De acordo com Alarcão e



Tavares (2005) o desenvolvimento humano é a construção progressiva e refinada das possibilidades inerentes à estrutura do sujeito, tornando-se cada vez mais sensível e eficiente.

No contexto específico da enfermagem, apesar do processo de supervisão ser inerente ao quotidiano do enfermeiro, independente da sua função, continua a ser um tema que tem merecido pouco destaque na investigação.

A supervisão clínica em enfermagem é definida como um *“processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda, orientação e monitorização, tendo em vista a qualidade dos cuidados de enfermagem, a protecção e segurança dos utentes e o aumento da satisfação profissional”* (Abreu, 2007, p.177).

Alarcão e Tavares (2003) destacam que o objectivo da supervisão é simultaneamente o desenvolvimento do conhecimento, de capacidades e de reflexão, no sentido de repensar atitudes, perspectiva que é completada quando referem que Smyth associava também a supervisão clínica ao espírito de descoberta, reflexão e comprometimento. Este autor frisa que a supervisão clínica é um processo de envolver os intervenientes na análise da sua praxis, partindo dos problemas que vão surgindo para hipóteses que possam contribuir para uma melhoria da sua prática que, conseqüentemente, se torna também mais fundamentada, mais comprometida e autêntica. Para que tal seja possível é necessário que os profissionais se interroguem sobre o quê, o como e o porquê. Alarcão e Tavares (2003) citam novamente Smyth para destacar a importância da supervisão clínica no contexto da formação contínua, valorizando a aprendizagem a partir da observação, análise e reflexão da sua própria prática, assentando a sua concepção em três vectores fundamentais: acção, reflexão e colaboração.

A supervisão clínica é assim um processo que promove a melhoria das práticas, a auto-avaliação, a reflexão e a análise, numa perspectiva de melhoria contínua. Abreu (2007) destaca que a aprendizagem em contexto clínico requer espaços de observação, reflexão, debate e recomposição cognitiva, contrariamente a um paradigma tecnicista e transmissível de conhecimentos; e ainda a importância da qualidade dos cuidados e da segurança dos utentes, que devem constituir o ponto de partida para a elaboração de estratégias institucionais.

Dunn (1998) citado por Abreu 2007 refere que a supervisão clínica em enfermagem leva a mudanças significativas na prática, nomeadamente, no encaminhamento do utente, nas relações interpessoais, maior segurança e auto-estima,

alargamento de conhecimentos, promove a reflexão estruturada e aumenta a capacidade de trabalhar em equipa.

Rebello (2002) desenvolveu uma tese de mestrado com o intuito de contribuir para a temática da supervisão como uma acção educativa da equipa de enfermagem. Para tal, utilizou como referencial teórico-prático o itinerário de pesquisa de Paulo Freire (círculo de cultura) e a observação participante. Teve como participantes um grupo de enfermeiras de um hospital universitário brasileira. Os objectivos foram conhecer as impressões destas profissionais sobre o tema supervisão como uma acção no processo educativo e avaliar a forma como a supervisão da acção de enfermagem é realizada na prática.

É interessante verificar as suas conclusões no que toca à percepção das enfermeiras acerca da supervisão clínica praticada. Rebello (2002) concluiu que a supervisão das acções de enfermagem centra-se muitas vezes no controle restrito de tarefas e procedimentos e na supervisão de ambientes e de material. Durante as reflexões realizadas, verificou-se que a supervisão era centrada nos problemas, sendo direccionada para a resolução de falhas ou de erros cometidos por alguns membros da equipa. Assim, a supervisão era realizada apenas com elementos que apresentavam problemas nas suas actividades e os elementos que eram considerados competentes e bem treinados, não eram supervisionados.

Durante as observações realizadas, também não se verificaram momentos de educação no contexto laboral, apesar de ser idealizada pelas enfermeiras. Percebeu-se ainda que a crença de que supervisionar é principalmente “fazer com”, o que também não se confirmou na observações realizadas.

Por último, concluiu-se que as enfermeiras nem sempre se sentem preparadas para assumir o papel de supervisoras, o que talvez se deva à falta de formação acerca desta temática, necessitando de capacitação para a realização desta actividade.

Após estes resultados, a autora defende que devem ser encontradas alternativas que alterem a visão que os enfermeiros têm da supervisão, sendo fundamental a construção de um referencial teórico e metodológico que especifique o processo de supervisão nas acções de formação contínua.

Silva (1997) vem de encontro a esta ideia ao referir que, apesar da supervisão fazer parte das actividades diários do enfermeiro, carece ainda do devido reconhecimento e aprofundamento. Este autor, refere na sua tese de doutoramento que a relação entre a supervisão e a formação profissional e educação em geral é inegável. Uma das situações que aborda para afirmar a importância da supervisão na enfermagem é o papel do

enfermeiro como educador do utente/ família/comunidade no âmbito da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e auto-cuidado. Para além disso, o enfermeiro participa também no desenvolvimento de trabalhos para o serviço e em acções de formação para a equipa multidisciplinar, estruturando situações de ensino-aprendizagem nos diversos espaços profissionais. A supervisão, ainda no âmbito da educação para a saúde permite ajudar no desenvolvimento de competências por parte dos vários profissionais, não só através de acções de formação, mas também através da formação individual. O ensino formal e supervisão dos estudantes de enfermagem são outra área em que a supervisão se assume como fundamental na formação profissional em enfermagem.

Dessa forma, para que os enfermeiros prestem cuidados com a melhor qualidade é necessário pensar a supervisão como processo educativo e reflexivo e como uma estratégia de consciencialização. Cabe assim à enfermagem não só preocupar-se com as acções direccionadas aos utentes e famílias, mas também cuidar dos próprios enfermeiros, no sentido de promover estratégias que favoreçam o crescimento profissional e pessoal dos enfermeiros, a mudança de atitudes e de comportamentos.

De acordo com Rebello (2002), a supervisão, no âmbito da enfermagem, potencializa o desenvolvimento de ideias, percepções e sugestões, o que contribui para a responsabilização colectiva e constitui também uma oportunidade de resolver problemas de forma cooperativa. Pode ser considerada uma ferramenta para o desenvolvimento de cada ser humano. Considera-se ainda que a supervisão é uma actividade complexa que implica a escolha de opções e de valores, permitindo a autonomia e a consciência crítica. A acção de supervisão faz parte do trabalho de enfermagem, contudo é necessário um aprofundamento do conhecimento acerca desta, devendo existir uma maior fundamentação, teórica e prática, para o seu desenvolvimento quotidiano.

Para que o enfermeiro preste cuidados de qualidade ao utente e família é necessário supervisionar, desenvolvendo estratégias de cooperação tanto com os membros da equipa multidisciplinar como com o utente e família. A supervisão exige reflexão, planeamento e o desenvolvimento de competências, devendo ser promovida pelas instituições. Para isso, é fundamental o compromisso profissional e pessoal dos profissionais e que a supervisão seja sinónimo de participação, cooperação e flexibilidade.

Após estas considerações sobre a supervisão clínica em enfermagem, é facilmente compreensível a sua importância actual e o seu papel preponderante no desenvolvimento de conhecimentos e competências. Contudo, neste trabalho destaca-se

a supervisão desenvolvida entre enfermeiros e pais dos RN de risco, considerando cada um destes elementos numa determinada fase do seu desenvolvimento humano e incluídos no Modelo de Parceria de Cuidados. O desenvolvimento do papel parental exige aprendizagem e desenvolvimento de competências, no sentido dos indivíduos se tornarem os principais responsáveis pelos cuidados e bem-estar do seu filho. Quando o RN é de risco, e fica internado numa UCI/IN, tanto o desenvolvimento deste, como o dos pais fica comprometido. Por esse motivo, é fundamental compreender a supervisão como facilitadora e impulsionadora da aprendizagem e do desenvolvimento humano.

A aprendizagem é uma construção pessoal e resulta de um processo de experiências, que se traduz numa mudança de comportamento. Para que a aprendizagem seja verdadeiramente conseguida tem de ser vivenciada por quem aprende, numa procura de equilíbrio entre o conhecimento prévio e o novo, através de processos de assimilação e acomodação. O conhecimento é re e co-construído, o que torna a aprendizagem de cada indivíduo um processo único, uma atribuição de sentido, uma construção integrada e não uma transmissão avulsa. A aprendizagem, apesar de pessoal, reflecte-se no comportamento exterior e observável do sujeito, sendo através das modificações externas e visíveis que se verifica se existiu todo um processo de transformação no indivíduo.

Por sua vez, os processos de desenvolvimento são percebidos como um fluir, com altos e baixos, sendo que os processos de vida variam entre as condições pessoais e intrínsecas e as condições de contexto, que são extrínsecas. O conhecimento surge desta interacção entre sujeito e objecto, sendo que o contexto do supervisando é enfatizado, considerando as interacções que nele se desenvolvem. Dessa forma, é valorizado assim o papel activo do indivíduo como produtor e construtor do seu desenvolvimento, bem como transformador do seu ambiente (Soares, 1995). Segundo Alarcão (2001a), num contexto ecológico é relevante considerar as dinâmicas sociais e, principalmente, a dinâmica do processo sinérgico que se estabelece na interacção entre a pessoa, em desenvolvimento, e o meio que a envolve, também este em constante transformação. O desenvolvimento humano é inacabado e faz-se na interacção com o meio envolvente de cada um.

Considerando o desenvolvimento numa perspectiva ecológica, tal como o proposto por Bronfenbrenner, o desenvolvimento de cada um está relacionado com o contexto em que se insere, considerando também o ambiente como interactivo e dinâmico. Assim sendo, o comportamento dos sujeitos está relacionado com o seu meio e existem diferentes contextos com maior ou menor relevância. O contexto mais imediato

e próximo do sujeito é o micro-sistema, e engloba a família, os amigos, o local de trabalho e outras pessoas/situações que lhe são mais próximas. O seguinte é o meso-sistema e engloba as inter-relações entre os contextos em que o indivíduo participa activamente. Já o exo-sistema inclui os ambientes que afectam o sujeito, apesar de não haver uma interacção directa entre esse ambiente e o sujeito. Por último, o macro-sistema é composto pelos valores, crenças, estilos de vida inerentes às estruturas ou actividades que ocorrem nos vários contextos (Sá-Chaves, 2007).

Bronfenbrenner (1994) citado por Abreu (2007), considera o desenvolvimento humano numa perspectiva biocultural e, destaca que na relação diádica, a aprendizagem e o desenvolvimento são promovidos através da participação progressiva do supervisando em padrões mais complexos. Para que seja possível, o supervisor explora vários problemas com o supervisando, sendo necessário considerar a hierarquia de necessidades como suporte da parceria entre os intervenientes do processo.

Tanto o supervisor como o supervisando são perspectivadas como pessoas num processo contínuo e continuado do processo de desenvolvimento e aprendizagem. O supervisor e o formando, na fase adulta, desenvolvem estruturas biológicas, psíquicas, sociais e culturais anteriormente adquiridas no processo constante de informação – reflexão – acção – reflexão. Este tipo de desenvolvimento permite uma maior integração e equilíbrio na resolução de problemas, uma vez que recorrem mais facilmente a uma determinada forma de ser e estar na vida, a uma forma de estar individual e colectiva e a um saber e a um saber-fazer. Este tipo de desenvolvimento é contínuo durante todo o processo de vida pois, *“desenvolver-se e aprender para poder ensinar a aprender e ajudar a desenvolver...”* é o objectivo fundamental da supervisão (Alarcão e Tavares 2003, p.53).

As relações entre o desenvolvimento cognitivo e emocional são também fundamentais, sendo que Lewis e Hurst (1988) citados por Soares (1995) consideram que cognição e emoção, apesar de geradas por diferentes sistemas psicológicos, produzem conjuntamente as estruturas indispensáveis ao desenvolvimento humano.

Desenvolvimento humano e aprendizagem são então processos simultâneos: *“se considerarmos o desenvolvimento humano como um refinamento progressivo da estrutura do sujeito através de estruturas (...) que se auto-regulam dentro do próprio sistema da estrutura da pessoa e a aprendizagem como um processo de construção interna que leva o sujeito a tornar-se cada vez mais apto, mais capaz, mais humano, mais igual a si mesmo, parece haver muito em comum entre estes dois conceitos”* (Alarcão e Tavares, 2005, p.87). Nesta perspectiva e exceptuando o desenvolvimento

fisiológico, o desenvolvimento psico-motor, cognitivo, axiológico, social e linguístico dá-se em estreita ligação com a aprendizagem, numa verdadeira espiral em que, simultaneamente, o desenvolvimento e a aprendizagem se possibilitam um ao outro e são mutuamente facilitadores. É um verdadeiro processo dialéctico em que o supervisando consegue aprender por que está em determinado estágio mas, ao mesmo tempo, o seu desenvolvimento é dinamizado pela aprendizagem e desenvolve-se ainda mais, tal como o supervisor.

Após perspectivar a supervisão como promotora da aprendizagem e desenvolvimento, seja entre profissionais ou entre enfermeiro e pais, é de salientar que *“num contexto profundo de mudança ideológica, cultural, social e profissional, aponta-se a educação para o cerne do desenvolvimento da pessoa humana e da sua vivência na sociedade”* (Alarcão; 2001a, p.10). A aprendizagem deve ser adequada ao nível de desenvolvimento do supervisando, possibilitando assim o alcance de um nível de desenvolvimento maior e mais complexo. Em seguida é abordado o processo supervisivo.

## 1.1 - PROCESSO SUPERVISIVO

Neste sub-capítulo são identificados os princípios, conceitos e estratégias que são inerentes ao processo supervisivo e que devem ser respeitados no âmbito da parceria de cuidados, bem como, a relação estabelecida entre supervisor e supervisando.

Num processo de supervisão desenvolve-se uma relação dialéctica entre supervisor e supervisando em que ambos interagem e cruzam informação, ampliando competências e conhecimentos e desenvolvendo-se simultaneamente. À medida que isto acontece o supervisor vai deixando de intervir porque o supervisando está a crescer e a ganhar autonomia, tornando-se supervisor das suas próprias práticas, evoluindo para a auto-supervisão. Numa perspectiva reflexiva e complexa da supervisão, os objectivos são ajudar, encorajar, cuidar e em que o objecto da supervisão é a formação e o desenvolvimento humano (Sá- Chaves, 2007).

De acordo com Sá-Chaves (2007, p.117), na supervisão não deve existir a ideia de posição superior enquanto hierarquia de poderes e saberes por parte de quem supervisiona, mas sim, deve ser colocado o enfoque no conceito de distanciamento entre observador e observado, de forma a permitir *“ o alargamento do campo de análise e a possibilidade da sua compreensão sistémica e contextualizada”*. Na verdade, a ampliação

do olhar, ou o olhar distanciado, permite a visão global do objecto, sendo necessário olhar o supervisando como uma identidade em construção, como um subsistema num sistema complexo que o supervisor deve conhecer para compreender a sua complexidade, numa perspectiva de desenvolvimento humano.

O efeito de distanciamento proposto pela autora pode ser considerado espacial, temporal e ainda conceptual, e tem um efeito facilitador da compreensão dos fenómenos, uma vez que proporciona uma maior amplitude e abrangência das interpretações, ao mesmo tempo que elimina a possibilidade de contaminação da análise que a proximidade facilita. Supervisão é ter esta visão complexa, ter em conta todo o contexto para ver o que se passa concretamente no momento.

O efeito de distanciamento espacial remete para a apreensão da complexidade, para a visão sistémica e para a ampliação do olhar. Por outro lado, é preciso também dar tempo e oportunidade ao supervisando, no âmbito de um modo de reflectir que não é imediatista e que exige uma ponderação profunda. Dar oportunidade à relação supervisiva é assim um efeito de distanciamento temporal e implica reflectir com o supervisando e dar-lhe tempo para que ensaie as suas tentativas e através de uma reflexão partilhada. Isto pressupõe a impossibilidade de emitir juízos desde logo e não partir logo para a avaliação, colocando o enfoque no encorajamento e no cuidar. A supervisão é a construção partilhada com o outro que é parceiro nas decisões sendo também valorizado na negociação do processo de avaliação.

Outro conceito proposto por Sá-Chaves (2007) é o efeito zoom, o que implica ver o sistema inteiro (macro), o global, passando depois para as competências específicas, ou seja, distanciando para compreender. Neste contexto, a autora afirma que a supervisão deve combinar situações de distanciamento com outras de aproximação estratégica, o que é definido como o efeito zoom, que deve ser regulado pelas necessidades e objectos da observação, o que facilita uma reflexão profunda e sustentada sobre os fenómenos em estudo.

O processo supervisivo é assim uma atribuição de significados, exige uma interpretação, uma atitude hermenêutica. Os pontos de vista do supervisor e do supervisando podem ser diferentes, o que reforça a necessidade de reflectir conjuntamente, estar atento às razões e argumentos do supervisando para primeiro compreender e só depois avaliar. É necessário abrir um espaço de compreensão do outro pois estamos a pensar em díade, estabelecendo algum consenso através da interpretação do processo.

A mesma autora realça que a supervisão e a atitude supervisiva assentam num olhar abrangente e atento que considere o passado e as hipóteses de futuro, os factos e as interpretações possíveis, o contexto sociocultural, o ser e a sua circunstância. O conceito mais profundo da supervisão é melhorar a qualidade de vida.

Na relação supervisiva o supervisor define estratégias para que o supervisando se vá tornando cada vez mais autónomo para que no fim, já ele se auto-supervisione. Contudo, o supervisor não só hetero-supervisiona, mas também auto-supervisiona. É necessária auto-supervisão e ser simultaneamente sujeito e objecto do olhar e do cuidar. A importância da relação supervisiva passa por aprendermos a construir e a reflectir conjuntamente, sendo que o alargamento da relação didáctica e dual entre supervisor e supervisando permite a valorização de outros contributos e informações, não ficando limitada à transmissão de informação entre uma pessoa que sabe e outra que não sabe. Assim o conhecimento pessoal reconstrói-se continuamente se existir uma abertura, uma permeabilidade, uma flexibilidade cognitiva a novas informações e a novos sentidos. Cabe então à supervisão auto e hetero-supervisão a gestão destes processos de reconstrução.

De acordo com Alarcão e Tavares (2003) a supervisão caracteriza-se como uma relação interpessoal e dinâmica, facilitadora do desenvolvimento e da aprendizagem consciente e comprometida, sendo que os seus objectivos envolvem a maximização das capacidades do supervisando, através do desenvolvimento progressivo da sua capacidade de decisão. O processo supervisivo tem que atender às características individuais de cada supervisando, nomeadamente a personalidade, o seu nível de desenvolvimento cognitivo e afectivo, para assim estabelecer estratégias adequadas, enquadradas numa dimensão desenvolvimentista proposta por Glickman (1981, 1985) ou de uma supervisão não-standard proposta por Sá-Chaves (2002).

Para Alarcão (2001a) supervisionar é uma actividade contextualizada e complexa, porque engloba vários actores, logo experiências diversificadas, pensamentos e sentimentos distintos, percursos de vida marcantes e contextos diversos. O supervisor tem que dispor de um conhecimento individual sobre os formandos, nomeadamente das suas características como indivíduos e como grupos, entre as quais as suas representações, valores, concepções, competências, níveis de desenvolvimento, aspirações, atitudes, potencialidades e limitações, sendo o supervisor um profissional do humano e da educação. Supervisionar releva estes aspectos fundamentais acerca do supervisando, que está inserido num determinado contexto, que tem um conhecimento



prévio, um conhecimento cultural e que tem para si mesmo um projecto que o move e constitui um factor de desenvolvimento (Alarcão e Tavares, 2005).

Rebello (2002) vai de encontro a esta ideia quando refere que para que o processo de supervisão seja bem sucedido e ocorra de uma forma construtiva para todos os envolvidos, é necessário que o supervisor se sinta preparado para o fazer. Para isso é necessário ter conhecimento, saber como supervisionar, o que supervisionar, demonstrar interesse em supervisionar e saber o que fazer com o resultado da supervisão. O supervisor deve ter em conta também o conhecimento e experiência do supervisando e a percepção deste acerca do processo supervisivo (Rebello, 2002).

Assim, tanto o supervisor como o formando encontram-se num determinado estágio de desenvolvimento, sendo que a eficácia da sua prática é directamente proporcional ao equilíbrio do seu desenvolvimento humano. Ter em conta estas diferenças leva a uma maior flexibilidade, reflexão e empatia o que promove o desenvolvimento de estruturas várias para um processo de informação-reflexão-acção-reflexão para que haja a total integração nas suas estruturas. Este desenvolvimento permite assim uma maior integração e uma visão mais pessoalista.

Nesta perspectiva, o desenvolvimento humano é considerado como um desenvolvimento mais abrangente, que se exprime numa compreensão mais profunda dos problemas e das situações. Esta perspectiva vai permitir um maior grau de *“sensibilidade, de abertura, de disponibilidade, de reflexão, de flexibilidade e empatia, de lealdade, de solidariedade, de tolerância, perante os mais variados contextos que se apresentam”* (Alarcão e Tavares, 2003, p.52).

Segundo Sá-Chaves (2007), o tipo de supervisão actualmente preconizada, ao mesmo tempo que permite o conhecimento, contempla também a possibilidade de afecto, redimensionando o clima relacional e a qualidade da formação. A autora cita Bronfenbrenner (1979) quando refere que existe uma relação sempre que alguém presta atenção a outra pessoa ou participa nas actividades que ela desempenha num determinado contexto, constituindo-se assim uma díade. O conceito de díade é recíproco, equilibrado relativamente ao poder e implica uma relação afectiva.

Supervisionar passa muito por compreender o supervisando como pessoa pois só a informação não chega. Considera-se que o emocional interfere decisivamente com o cognitivo, sendo necessário compreender. A supervisão adoptou o conceito do cuidar o que reforça a exigência de relação, dialecticidade, humanidade ao mesmo tempo que nos torna mais humanos.

Dada a importância da atmosfera afectivo-relacional do processo de supervisão, Alarcão e Tavares (2003) enunciam alguns autores que se dedicaram ao estudo da relação interpessoal. Como representante da Psicologia Social destacam Argyle que propõe uma estrutura dinâmica e interna dos *skills* psico-sociais, em que a interacção psico-social é marcada por objectivos que determinam a sua direcção e motivação para a concretização, sendo constituída por uma série de acções verbais e não verbais em cadeia. O seu desenvolvimento varia consoante o feedback obtido pelo comportamento verbal e não-verbal do outro. Os *skills* sociais envolvem ainda a iniciativa pessoal do outro, o colocar-se e realizar o papel do outro, o conhecimento das regras de relacionamento social e a natureza subjectiva dos sujeitos.

Por sua vez, Dussault (1970), referido pelos mesmos autores, estudou a dimensão psicossocial do processo de supervisão e desenvolveu uma teoria de supervisão em formação de professores baseada no modelo de Carl Rogers. Este modelo tem como objectivo terapêutico principal ajudar o indivíduo a tornar-se pessoa e assenta em três atitudes fundamentais: o realismo, a aceitação e a empatia, sendo através destas que se desenvolve uma relação positiva, congruente e comprometida e de colaboração entre supervisor e supervisando. Dussault concluiu que à semelhança do que acontece no processo terapêutico rogeriano, também o processo de supervisão implica a existência de relações interpessoais que propiciem a ajuda a seres humanos. Contudo, existem também diferenças pois, enquanto o terapeuta incide na ajuda do desenvolvimento do cliente enquanto pessoa, do auto-conceito, o supervisor tem como objectivo principal o desenvolvimento do “não-eu”, ou seja, das características dos supervisandos, dos conteúdos e das estratégias de ensino.

Alarcão e Tavares (2003) abordam ainda o estudo de Gazda (1983), que também tentou inserir a relação terapêutica rogeriana no processo de ensino-aprendizagem de forma a obter uma maior operacionalização. Este modelo pressupõe uma relação clínica que é iniciada por uma fase de facilitação, progredindo para uma fase de transição e finalizando numa fase de execução. Para que esta relação seja possível é necessário o desenvolvimento de *skills* psicossociais que envolvem o desenvolvimento da personalidade no decorrer da existência humana. O autor propõe que a estrutura da personalidade seja dinâmica através da interacção entre sete *skills* essenciais da vida, e que abrangem os aspectos fundamentais da personalidade. Estes *skills* da vida são os cognitivos, os físico-sexuais, os afectivos, os axiológicos, os vocacionais, os egológicos e os psicossociais. Estes últimos são os destacados por Alarcão e Tavares (2003), uma vez que são os que possibilitam o estabelecimento e contínuo desenvolvimento da

atmosfera afectivo relacional, que é susceptível de facilitar, dificultar ou neutralizar o processo de ensino-aprendizagem e de supervisão. Tendo em conta a abrangência da actividade educativa, Alarcão e Tavares (2003) consideram primordial que estes desenvolvam gradualmente os seus skills e se necessário *subskills*, decorrentes dos *skills* fundamentais e cada vez mais específicos. É nesta perspectiva que os autores consideram o desenvolvimento do supervisor e do supervisando como uma dimensão fundamental no processo de supervisão e que deve estar presente em todas as actividades de ensino-aprendizagem. Para tal é necessário ter em conta as características dos sujeitos, as tarefas a realizar, a sua estrutura e execução, os processos e estratégias psicopedagógicos e a atmosfera afectivo-relacional envolvente.

Como caracterização do processo supervisivo refere-se que é sempre uma relação imprevisível, uma vez que emerge da própria acção. É recursiva pois o que um diz tem influência no outro, é um agir comunicacional. Supervisionar é assim uma aproximação, uma possibilidade como re-construção e co-construção, como partilha, como disponibilidade, como tentativa, como esforço e como dedicação. Para Sá-Chaves (2007), que cita Sá-Chaves (1994, p.150), supervisionar trata-se *“de uma prática acompanhada, interactiva, colaborativa e reflexiva que tem como objectivo contribuir para desenvolver (...) um quadro de valores, de atitudes, de conhecimentos, bem como as capacidades e as competências...”* É um processo mediador dos processos de desenvolvimento e aprendizagem e pressupõe um clima de confiança, interajuda e estimulação cognitiva. O supervisor faz um diagnóstico, olha o outro, ao mesmo tempo que tem o conhecimento pedagógico, o conhecimento do outro, dos contextos, do conteúdo, dos fins, objectivos e valores, reconstruindo o seu próprio conhecimento.

De acordo com Barbosa (1999), a supervisão exige reflexão e experimentação. O supervisor tem como funções informar, questionar, sugerir e avaliar e como competências descrever, diagnosticar e caracterizar.

Ainda segundo o mesmo autor, o supervisor deve informar acerca dos objectivos e estratégias da supervisão e deve questionar sobre o saber e a experiência dos actores do processo formativo, bem como acerca da realidade educativa e das alternativas metodológicas. Para além disso, o supervisor deve sugerir ideias e soluções possíveis e incentivar a inovação e o relacionamento interpessoal. Segundo Servo e Correia (2006), para que a supervisão seja sistemática deve ser planeada, determinando o que dever ser feito, quando e por quem. Simultaneamente o planeamento favorece a compreensão, cooperação e exploração de mudanças.

No processo de supervisão há ainda que destacar a avaliação. Alarcão e Tavares (2003) propõem um processo hierárquico, sistemático, progressivo e global que permita o estabelecimento de um ritmo de desenvolvimento e aprendizagem do supervisando, considerando o supervisando como um todo e não um somatório de comportamentos. Dessa forma, a avaliação deve consistir num processo sucessivo de análises sobre a pessoa. Barbosa (1999) refere que o supervisor deve avaliar o processo de supervisão, de ensino-aprendizagem e os produtos educativos. Servo e Correia (2006) referem que a avaliação do processo supervisivo deve ser contínua e integrar simultaneamente o conhecimento e a realidade.

Para que tudo isto seja possível, Barbosa (1999) defende que o supervisor deve recorrer à observação, não só para observar o supervisando, mas também para se auto-observar. O supervisor tem também de ter capacidade de gerir conflitos e de negociar. Para observar rigorosamente tem de se adoptar estratégias adequadas, definir objectivos de observação e analisar o observado. Mais ainda, observar implica diagnosticar necessidades de aprendizagem, factores de insegurança, para só depois definir objectivos de aprendizagem e mobilizar recursos, voltando sempre à análise das dinâmicas processuais. A observação permite antecipar problemas de aprendizagem, ajuda a planificar a acção educativa e reforça a colaboração.

De seguida é abordada a prática reflexiva no contexto da enfermagem.

## 1.2 - PRÁTICA REFLEXIVA

A noção de reflexão tem vindo a ser referida como essencial no processo supervisivo. Neste sub-capítulo é reforçada como indispensável para a qualidade das práticas, nomeadamente na área de enfermagem, estando na base da auto e hetero-supervisão.

A Enfermagem exige uma renovação permanente e produção de novos conhecimentos, sendo por isso necessário um questionamento relativamente às práticas e contextos, sejam institucionais, organizacionais, colectivo ou individual. Como já foi referido, o processo de aprendizagem é complexo e uma construção individual e, só a reflexão e um olhar dinâmico e atento sobre o quotidiano permitem o desenvolvimento de capacidades no âmbito de uma história pessoal, que convergem para a excelência dos cuidados e resultam da combinação entre os saberes teóricos, o saber-fazer e as atitudes em cada situação (Correia, 2002 e Morais, 2004).

Tal como refere Fernandez (1998) a prática reflexiva é um processo criativo e de investigação que a enfermagem dispõe para melhorar a prática, ao mesmo tempo que constitui um instrumento de aprendizagem facilitando a integração da teoria e da prática. Revela-se também um meio estruturado mediante o qual os enfermeiros identificam e revêem o conhecimento relevante antes, durante ou após essa prática. Sendo assim, a prática reflexiva ajuda a expor o que é a enfermagem, melhorando a prestação de cuidados ao utente.

De facto, a reflexão põe a nu aspectos aparentemente rotineiros e vazios, mas que quando reflectidos, espelham a sua complexidade e ganham novo sentido. Partimos da prática para a reflexão e voltamos à prática, com a finalidade de efectuarmos melhorias. Correia (2002) refere que a reflexão crítica deve ser uma prática formativa na enfermagem, pessoal e autónoma, através da reflexão sobre a acção e o conhecimento adquirido, em interacção com o contexto. As capacidades de análise e a crítica centrada no próprio desenvolvimento devem ser por isso treinadas e valorizadas. A reflexão sobre as práticas, individual ou conjunta com os pares e inserida num modelo de supervisão não directivo, permite a construção do conhecimento e o desenvolvimento individual e colectivo, cortando com as rotinas estabelecidas. Fernandez (1998) destaca a reflexão em grupo como meio privilegiado para a reflexão sobre a acção, uma vez que permite uma análise mais completa das situações, o que nem sempre acontece com a reflexão individual, em que por vezes os acontecimentos são representados de forma incompleta.

Também Sá-Chaves (2007) realça que o profissional de saúde deve reflectir sobre a complexidade dos saberes científicos de forma a adaptá-los às situações concretas, de forma não standard. A supervisão valoriza o profissional reflexivo, que invoca os seus saberes e selecciona os que melhor se adequam a determinada situação. Esta competência meta-reflexiva e meta-reguladora da praxis revela-se indispensável para o desenvolvimento e transformação da qualidade pois, através da reflexão inerente ao processo superviso, o profissional justifica, avalia e regula de forma continuada.

Na enfermagem a competência no cuidar resulta do diálogo entre a experiência profissional e a formação, entendendo a competência não só como a habilidade técnica, mas também como a capacidade de cuidar cada utente de forma holística e singular, respeitando os valores profissionais. Assim, a formação deve promover o desenvolvimento de competências, pessoais, técnicas e relacionais para que cada enfermeiro saiba agir num contexto específico com eficácia. A construção de competências é por isso subjectiva e contínua, expressando o potencial de cada um num determinado contexto. Está também relacionada com a adaptação ao meio envolvente

tendo em vista a actualização organizacional, tecnológica e cultural (Morais, 2004). Por todos estes motivos a prática de enfermagem é como um papel que cada um interpreta de forma singular, num estilo pessoal assente na reflexão sobre o vivido, na experiência e na formação. Este património pessoal deve ser partilhado com os outros de forma a potencializar a prática profissional envolvida e competente (Nunes, 2002).

Não existe portanto aplicabilidade imediata das competências sem ter em conta as contingências pois, tal como refere Sá-Chaves (2007), os contextos de trabalho são hoje considerados instáveis, vivos e dinâmicos, o que torna cada situação única e nos situa num princípio do inacabamento, ao mesmo tempo que exige uma consciente ecologia da situação. A autora cita Schön (1983), que reconhece a influência dos contextos na procura de estratégias adequadas, o que exige reflexão crítica na actualização de conhecimentos relacionados com o exercício profissional. O autor realça que o conhecimento não é exclusivo dos supervisores, estando também presente nas relações entre as situações em que se procuram soluções para os problemas.

Como refere Alarcão (2003, p. 35), citando Schön, *“o supervisor deverá encorajar a reflexão na acção, a reflexão sobre a acção e a reflexão sobre a reflexão na acção*. Esta última é essencial para continuar o desenvolvimento ao longo da vida, *“quando a hetero-supervisão se transformar em auto-supervisão”*. A função de supervisor inclui também a atenção à riqueza que pode brotar da consciência de se terem cometido erros, de se necessitar da ajuda dos outros, e de pouco ou nada se aprender sem um empenho auto-formativo e uma estratégia pessoal de pesquisa.

A complexidade das situações é única sendo por isso necessária a reflexão na acção e afastar a ideia de fórmulas predeterminadas para a prática profissional de enfermagem. Fernandez (1998) cita Atkins e Murphy (1993) quando destaca as capacidades que ajudam a reflexão, como a auto-consciência, a descrição, a análise crítica, a síntese e a avaliação. Assim sendo é através da autoconsciência que nos questionamos acerca das situações, e é através da descrição que se reúnem acontecimentos, sentimentos e pensamentos. A análise crítica consiste em examinar o que se presumiu, explorar alternativas e questionar a importância de um determinado conhecimento para cada situação. Já na síntese, são reunidos os dados anteriores e os novos, para evoluir para uma perspectiva actual e, na avaliação são realizados julgamentos de valor baseados em critérios e padrões.

Como reforça Sá – Chaves (2007) enquanto pessoas temos que partir das nossas incertezas e consciência de lacunas para a necessidade de desenvolvimento contínuo. Só assim nos tornaremos mais atentos e cuidadosos. Dessa forma, situamo-nos também

num princípio de continuidade, que traduz a importância da formação constante ao longo da vida, face a uma permanente desactualização e num princípio de auto-implicação, através da construção partilhada do conhecimento.

Nas palavras da autora, a qualidade das instituições é garantida pelos profissionais que nela desenvolvem a sua actividade, sendo fundamental aceitar a diferença e as múltiplas perspectivas, considerando que a heterogeneidade da informação se afirma como uma oportunidade reflexiva que promove o confronto cognitivo e afectivo com as nossas convicções. Nunes (2002) vai de encontro a esta ideia quando refere que as organizações são espaços nos quais nos desenvolvemos e onde podemos ter um impacto colectivo maior do que a nível individual.

Sendo assim, cada um através da transformação de si mesmo, contribui para o desenvolvimento da instituição onde desenvolve a sua actividade profissional. Cada um é seu co-construtor, sendo que para compreender sistemicamente o todo interactivo inerente a qualquer instituição é preciso um conhecimento aprofundado de cada um dos seus subsistemas (Sá-Chaves 2007). É necessária portanto uma competência reflexiva e tornarmo-nos agentes de mudança dos contextos. Morais (2004) defende que só uma atitude reflexiva sobre o quotidiano profissional permite desenvolver capacidades de acção e adaptação, de forma a atingir um nível de competência que permita uma melhor compreensão das situações e a sua melhoria. Para garantir qualidade é fundamental observar, reflectir e avaliar sistematicamente, de forma a regular os processos, expectativas, relações, acções e princípios. Contudo, tal como refere Fernandez (1998), para que haja mudança após a reflexão é necessário existir concordância e apoio dos colegas com quem trabalhamos, sendo por isso positivo valorizar a reflexão partilhada e a análise conjunta.

No âmbito da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a supervisão é realizada diariamente entre enfermeiro e pais, num processo dual de desenvolvimento de competências que tem como objectivo a autonomia dos pais na prestação de cuidados ao RN/criança. A prática reflexiva dos profissionais que desempenham funções nesta área é fundamental para a evolução da prática e melhoria da qualidade, que é hoje um imperativo nas instituições de saúde. Seguidamente são identificados os princípios desta especialidade da Enfermagem.

## 2 - PRINCÍPIOS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Neste capítulo são abordados os princípios inerentes à Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que incluem a parceria de cuidados com os pais, os cuidados centrados na família e os cuidados atraumáticos. Estes princípios reflectem a evolução dos cuidados à criança e à família.

De uma forma geral, os cuidados de enfermagem caracterizam-se por serem fundamentados; privilegiarem a interacção entre enfermeiro, indivíduo e família; estabelecerem uma relação de ajuda e utilizarem uma metodologia científica, tal como refere Phaneuf (1993). Ao enfermeiro compete prestar cuidados de enfermagem, favorecendo um clima de confiança que envolva a pessoa e família nos cuidados de enfermagem (Decreto Lei n.º 437/91). Ou seja, o enfermeiro promove os projectos de saúde do utente e família, ajudando-os a usar os recursos disponíveis na comunidade e adaptando os cuidados à sua unicidade.

Nas palavras de Collière (1989), cuidar é não apenas um acto individual que prestamos a nós próprios quando somos autónomos, mas também um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a outra pessoa que tem necessidades.

Chalifour (1989) refere que, sejam quais forem as condições em que se prestam cuidados de enfermagem, cuidar é:

- Prestar atenção à pessoa como um todo;
- Considerar o meio ambiente humano e físico no qual a pessoa se desenvolve;
- Reconhecer que o cuidar não tem sentido sem a presença de um elo significativo entre quem cuida e quem é cuidado;
- Ajudar a pessoa a identificar o que lhe causa problema e o impede de se desenvolver.

Tendo em conta as necessidades de cada utente e família, cuidar deve ser ainda:

- Ajudar a reconhecer os medos, as crenças e os preconceitos que os impedem de expressar as emoções ou de satisfazer as necessidades;
- Ajudar a aceitar as incapacidades temporárias ou permanentes, que bloqueiam o desenvolvimento;
- Fornecer a informação que necessitam para fazer escolhas em situações particulares.



Hesbeen (2000) afirma que o enfermeiro não pode separar as necessidades do utente das dos seus familiares, sendo imprescindível estabelecer uma relação de ajuda eficiente ao longo da prestação de cuidados.

A prestação dos cuidados de enfermagem envolve portanto uma complexidade extrema, não só pela especificidade de determinadas técnicas mas, essencialmente, pelo objecto dos nossos cuidados, que é o utente e a sua família. Cuidar de alguém implica pois, o conhecimento abrangente do utente e família, no sentido de desenvolver as estratégias mais adequadas ao ser e à sua circunstância, tendo em conta o seu contexto, as suas prioridades, objectivos e limitações, desenvolvendo esforços para que se tornem cada vez mais capazes e autónomos, para continuarem o seu projecto de vida.

Esta preocupação está presente na Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. O cuidar da criança tem vindo a evoluir ao longo do tempo, o que está relacionado com novos aspectos do seu desenvolvimento emocional e psicológico e da evolução do conceito de família (Mano, 2002). Ao longo do tempo tem-se abandonado o estatuto de criança isolada, de forma a ter em conta a família e o ambiente sociocultural, tal como reforçam Martins *et al.* (1991).

Nos últimos anos a mortalidade e morbilidade neonatal tem diminuído significativamente, devido ao avanço no diagnóstico e nas técnicas de tratamento. Esta melhoria conduz a uma preocupação pelo bem-estar presente e futuro do RN de risco, que deixou também de ser visto como um ser passivo e incapaz de se integrar no seu meio. Nos últimos anos percebeu-se que possui competências e capacidades motoras e perceptivas que lhe permitem interagir com o meio, nomeadamente, a visão, a audição, o olfacto, o gosto, o tacto, a actividade motora, a expressão facial e o sorriso. Actualmente, é perspectivado como parceiro social, único e competente, assumindo progressivamente comportamentos complexos de integração em interacção com o ambiente que o rodeia (Brazelton e Cramer, 1989 e Gomes-Pedro, 2005).

Actualmente, o RN de risco e seus pais são entendidos numa perspectiva holística que considera as características comportamentais, físicas e neurológicas do RN e as competências e reacções comportamentais e emocionais dos pais (Barros, 2001a). A família é considerada um conjunto de elementos emocionalmente ligados, capazes de responder às necessidades físicas e psicológicas uns dos outros, assumindo que na situação de hospitalização as atitudes de cada familiar são distintas. Sendo assim, os profissionais desta área devem intervir no sentido de favorecer a adaptação dos membros da família e de favorecer a sua interacção. Os profissionais de saúde e educadores têm como principal desafio ajudar os pais e bebé a adaptarem-se, dado que

“ter um bebé” é diferente de “cuidar de um bebé”. De ressaltar que, quando desenvolvemos estratégias educacionais estas devem ser adaptadas a cada criança e família, tendo em conta a sua unicidade e património cultural (Gomes-Pedro, 2005).

Nesta perspectiva, a prestação de cuidados de enfermagem no contexto pediátrico deve ser complementar aos cuidados prestados pelos pais, ajudando-os a encontrar respostas para as necessidades do filho.

Os cuidados de enfermagem nas UCI/IN regem-se pelos princípios da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que se baseia numa filosofia muito própria, que privilegia a prestação de cuidados atraumáticos, em parceria e centrados na família.

Os cuidados atraumáticos consistem na prestação de cuidados terapêuticos, através de intervenções que eliminam, ou pelo menos atenuam o desconforto psicológico e físico da criança e família, sendo que o objectivo principal é não causar dano (Wong, 1999). Neste contexto, sempre que é necessária a hospitalização da criança, deve proporcionar-se um ambiente terapêutico à díade criança/família, de forma a manter os papéis e a união familiares.

A prestação de cuidados centrados na família considera que esta é uma presença contínua na vida da criança e que os serviços devem apoiar e potencializar a sua participação nos cuidados. De facto, a família exerce o papel principal no desenvolvimento da criança, sendo o seu suporte afectivo e mediadora entre ela e o mundo externo (Mano, 2002).

Segundo McWilliam (2003a) a abordagem centrada na família teve origem nas perspectivas ecológica e social de Bronfenbrenner e de Hobbs, respectivamente em 1975 e 1984. Dunst desenvolveu um trabalho em 1985, que promoveu a adopção dos princípios da abordagem centrada na família pelos profissionais de intervenção precoce e introduziu os conceitos de co-responsabilização e de capacitação. Em 1987, autores como Shelton, Jeppson e Johnson publicam as primeiras linhas de orientação sobre os cuidados centrados na família no âmbito da *Association for the Care of Children's Health*. Todos estes contributos foram fundamentais para progressivamente reformular os serviços direccionados para as crianças com necessidades especiais e suas famílias.

McWilliam (2003a, p.11) refere os princípios centrados na família comuns às várias práticas:

- *Encarar a família como a unidade de prestação de serviços.*
- *Reconhecer os pontos fortes da criança e da família.*
- *Dar resposta às prioridades identificadas pela família.*
- *Individualizar a prestação de serviços.*

- *Dar resposta às prioridades, em constante mudança, das famílias.*
- *Apoiar os valores e o modo de vida de cada família.”*

O autor especifica que encarar a família como a unidade de prestação de serviços é ter em conta que o bem-estar de um membro da família afecta todos outros membros, sendo por isso necessário reconhecer as necessidades de cada membro e dar uma resposta adequada. Como objectivo último da abordagem centrada na família pode-se referir melhorar o bem-estar de toda a família, o que inclui minimizar o stresse e manter os relacionamentos entre os membros da família.

Saunders *et al.* (2003) referem que os cuidados centrados na família colocam as necessidades do RN no contexto da família e redefinem a relação entre pais e prestadores de cuidados. Para que sejam bem sucedidos são necessárias colaboração e partilha de informação, o que deve estar reflectido na política, programas e cultura das UCI/IN. Os benefícios dos cuidados centrados na família são:

- O aumento de satisfação com os cuidados por parte dos pais e profissionais de saúde,
- A diminuição de stresse parental e do tempo de internamento,
- O aumento de conforto parental,
- O desenvolvimento de competências nos cuidados,
- O aumento do sucesso na amamentação,
- A diminuição de recaídas após a alta.

O campo de competência de enfermagem nesta área leva a considerar a criança, as suas limitações ou doença, os seus pais, todos os que a rodeiam e o meio em que se insere, para que seja possível uma compreensão global e manter um equilíbrio adaptado a cada situação (Sérgio, 2002). Falar de prestação de cuidados centrados na família implica pois, falar de parceria de cuidados.

Tal como refere Diniz (2005), a parceria de cuidados é considerada um processo dinâmico e negociado entre utentes/famílias e enfermeiros, considerando os saberes, o querer, o sentir e as crenças de cada parte, visando atingir um objectivo comum. A parceria é um compromisso em que o enfermeiro, utente e família trabalham juntos e possui características como a cooperação, o sentimento de confiança entre enfermeiro/utente/familiares, o reconhecimento das capacidades do outro, o trabalho de equipa, a sinergia de acções e decisões e o mutualismo.

No contexto da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica existe um modelo específico sobre a parceria de cuidados entre enfermeiro/criança/família, que é maioritariamente aceite e defendido pelos enfermeiros dos serviços de pediatria e UCI/IN nacionais. Este modelo é orientador da prática de enfermagem, e devido à sua importância é abordado seguidamente.

## 2.1 - MODELO DE PARCERIA DE CUIDADOS

Neste sub-capítulo é descrito o Modelo de Parceria de Cuidados, apontando as suas principais características, conceitos, etapas e vantagens.

O Modelo de Parceria de Cuidados no âmbito dos cuidados pediátricos foi proposto por Anne Casey após vários estudos, e defende que para preservar tanto o crescimento, como o desenvolvimento da criança, os cuidados devem ser prestados em forma de protecção, estímulo e amor, por isso, os pais são os melhores cuidadores da criança, ao mesmo tempo que são quem melhor a conhece (Casey, 1993).

A parceria é definida por Keatinge e Gilmore (1996) citados por Mano (2002), como a formalização da participação dos pais no cuidar dos seus filhos hospitalizados. De realçar que tanto a família como a criança são vistos como clientes. Assim sendo, a sua autonomia deve ser sempre mantida, no sentido de preservar a sua integridade e segurança num ambiente estranho.

Wong (1999) acrescenta que a parceria implica que tanto profissionais de saúde, como pais, se tornem mais capazes através da partilha de conhecimento e de recursos, o que se revela vantajoso para todos os intervenientes no processo.

Moore *et al.* (2003) referem que a participação da família nos cuidados exige que os pais sejam vistos como membros da equipa e como prestadores de cuidados primários dos seus filhos. São os primeiros responsáveis pela tomada de decisão, e por isso, deve-lhes ser questionado como querem participar nos cuidados ao RN e receber educação para a saúde, recursos e apoio para o fazer. Devem ser considerados colaboradores e não visitas da UCI/IN. Os autores referem ainda que as UCI/IN devem receber a família 24 horas por dia, incluindo a mudança de turno, apesar de não ser consensual em várias unidades.

De realçar que a parceria não constitui um fim em si mesma, mas um instrumento terapêutico através do qual se pretende tornar os pais mais competentes para cuidar do filho, sendo o enfermeiro o elemento da equipa multidisciplinar de saúde que está numa

posição privilegiada para o fazer (Estevinho, 2004). De realçar que os pais nem sempre estão preparados para a parceria, devido a diversos factores como as experiências anteriores, o stresse e o *coping*.

O modelo proposto por Casey (1993) engloba cinco conceitos principais: criança, saúde, família, ambiente e enfermeiro pediátrico. Segundo a autora, estes conceitos consistem em:

- Criança: é considerada um ser único e com as suas próprias necessidades, inicialmente totalmente dependente, mas que com o desenvolvimento adquire capacidades, tornando-se progressivamente independentes, até à total autonomia.
- Saúde: é definida como o estado óptimo de bem-estar físico e mental, que deveria estar presente a todo o tempo. Qualquer alteração não identificada ou corrigida pode condicionar o desenvolvimento físico, psicológico, intelectual e espiritual da criança.
- Família: é a responsável pela maioria da prestação de cuidados à criança e é quem exerce maior influência sobre esta e no seu desenvolvimento. É seu primeiro espaço de socialização, apesar de existirem outros factores que influenciam o seu desenvolvimento.
- Ambiente: a natureza do ambiente influencia o bem-estar e a interacção da criança e família, adquirindo diferentes significações e importância para cada família. Dessa forma é primordial que sintam que o ambiente é seguro.
- Enfermeiro Pediátrico: é o profissional que assume um conjunto de responsabilidades de forma eficaz, baseando-se nos cuidados de enfermagem, nos cuidados familiares, no apoio, ensino e acompanhamento.

Neste modelo existem cuidados familiares e cuidados de enfermagem. Os cuidados familiares são providenciados pelos pais para ajudar a criança a satisfazer as suas necessidades, contudo, podem ser realizados pelos enfermeiros quando a família está ausente ou incapaz.

Por sua vez, os cuidados de enfermagem consistem em desempenhar cuidados especializados de enfermagem. Estes cuidados podem também ser prestados pela

família, mediante apoio e ensino. Contudo, é necessário ter em conta a vontade, as capacidades e os conhecimentos dos familiares, para a obtenção de resultados positivos derivados dos cuidados de saúde.

Os limites entre os cuidados familiares e os cuidados de enfermagem são flexíveis, sendo desejável que a família, após formação e supervisionada pelo profissional de enfermagem, assuma actividades de cuidados de enfermagem.

Casey (1993) afirma que o enfermeiro deverá desenvolver estratégias de apoio à família, para que eles se sintam envolvidos e confiantes nos cuidados a prestar à criança doente. Um dos objectivos do modelo é precisamente que a criança e família satisfaçam as suas próprias necessidades de cuidados de saúde, com a mínima intervenção do profissional de enfermagem. Porém, para que isto seja possível, são necessárias intervenções técnicas e conhecimentos específicos, consolidadas através do processo de ensino desenvolvido pelo enfermeiro à criança e família. Posteriormente aos ensinamentos, o enfermeiro supervisiona os cuidados.

Considerando então os pais como os melhores cuidadores, é necessária a negociação da prestação nos cuidados. Pretende-se que a família seja responsável pelo cuidar e que tome decisões de forma a encontrarem as respostas e potencialidades para resolver a sua situação específica, havendo uma negociação de escolhas e de responsabilidades. Neste contexto, colocam-se dois conceitos básicos: a capacitação, onde os profissionais criam oportunidades para que a família aplique as suas competências actuais e adquira outras que sejam necessárias à criança; e a potencialização, em que a família estabelece alterações positivas, aumentando as suas capacidades e sentido de controlo, o que se dá através da interacção entre profissionais e família (Wong, 1999).

Envolver a família nos cuidados à criança doente é benéfico para todas as partes mas exige uma boa comunicação, apoio e compreensão do enfermeiro. Assim sendo, o enfermeiro deve interpretar a linguagem verbal e não verbal de forma a evitar problemas e dificuldades, intervindo com sensibilidade.

Segundo Ferreira e Costa (2004), o processo de enfermagem segundo o modelo de parceria de cuidados é composto pela colheita de dados, planeamento, implementação e avaliação e a criança e a família devem ser envolvidas em todas as etapas.

A colheita de dados consiste numa avaliação inicial de vários factores relativos à criança, família e cuidados familiares. É avaliado o estado físico de desenvolvimento da criança, ou seja, semanas de gestação, competências e necessidades afectadas; a

estrutura familiar; a compreensão da situação e do motivo de internamento; o desejo dos pais em quererem permanecer com o bebé; bem como o seu desejo de se envolverem nos cuidados familiares ou nos cuidados de enfermagem. Ao nível dos cuidados familiares é avaliado quem faz, quando, o quê e as rotinas familiares.

O modelo de parceria assenta numa negociação permanente e no respeito pelos desejos e dificuldades da família, que se inicia na colheita de dados (Smith, 1995). O objectivo é obter informação que permita negociar e incluir os resultados esperados no plano de cuidados, com o objectivo de manter o mais possível a normalidade familiar, assegurar o auto-cuidado, a independência da criança e família e a promoção de respostas adaptativas, através do apoio e ajuda na adaptação ao ambiente hospitalar.

O processo de negociação conduz a um plano de cuidados combinado mutuamente entre enfermeiro e família e permite a participação na prestação desses cuidados, consoante a habilitação e interesse de cada um (Casey, 1993). O enfermeiro elabora o plano de cuidados, em colaboração com os cuidadores e responde apropriadamente às suas questões e solicitações, comunicando com os familiares, de forma a dar-lhes poder (Ordem dos Enfermeiros, 2005b). Assim, na planificação é discutido e registado o momento e quem presta os cuidados familiares, e quando e por quem são realizados os cuidados de enfermagem. Para além disso, são também discutidos e registados os objectivos, os métodos, a avaliação dos cuidados de enfermagem e o plano para informação e suporte dos pais. Kenner (2001) refere que o objectivo da equipa de enfermagem é ajudar os pais a desenvolverem compreensão, habilidade e confiança para prestar os cuidados ao RN de forma autónoma após a alta clínica. Por esse motivo, é reforçado que o planeamento dos cuidados tem de ter em conta as necessidades do RN de risco e família, envolvendo-a no planeamento de intervenções. O planeamento conjunto dos cuidados só é possível se enfermeiros e famílias partilharem os seus conhecimentos.

Para McWilliam (2003a) o reconhecimento dos pontos fortes da família é facilitado quando trabalhamos com pais que possuem crenças ou valores idênticos aos nossos, e quando possuem conhecimentos, capacidades e recursos para darem resposta às suas prioridades. De facto, revela-se mais difícil reconhecer os pontos fortes de famílias que dispõem de conhecimentos e capacidades mais reduzidos, recursos mais limitados e cujos valores sejam diferentes dos nossos. Contudo, os profissionais devem considerar todas as famílias competentes e capazes, mesmo que seja necessário investir e apoiar mais para que estas famílias possam demonstrar as suas capacidades de modo eficaz. Os pontos fortes da família devem também ser usados para o planeamento da

intervenção, o que implica ajudar os pais a reconhecer as suas qualidades, encorajá-los a desenvolverem os conhecimentos e capacidades que já possuem e ajudá-los a identificar os recursos de que necessitam. Futuramente a família estará mais preparada, confiante e autónoma. Uma das formas de reconhecer os pontos fortes da família é demonstrar o nosso respeito naquilo que dizemos e fazemos, bem como comunicar o nosso apreço pelos seus êxitos, por mais pequenos que pareçam.

A implementação inclui o suporte e assistência contínua nos cuidados prestados à criança e família, a prestação de cuidados de acordo com o plano e o desenvolvimento de acções de ensino. Se necessário a família deverá ser encaminhada para outros elementos da equipa.

A avaliação é contínua e incide nas necessidades da criança e família para identificar dificuldades e aspectos que precisam de ser reforçados e ensinados. Consiste também em identificar e registar os resultados dos cuidados e a mudança de plano com a família.

Com todos estes princípios, espera-se que os enfermeiros de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica tenham a preocupação de desenvolver as capacidades que lhes permitam trabalhar sistematicamente com a família. No entanto, através da prática reflexiva e analisando os estudos sobre a parceria de cuidados e os cuidados centrados na família, verificam-se ainda algumas dificuldades, que são identificadas no próximo sub-capítulo.

## 2.2 – DIFICULDADES NA PRÁTICA DA PARCERIA DE CUIDADOS

Apesar dos enfermeiros reconhecerem as vantagens do modelo proposto por Anne Casey, permanecem alguns factores que nem sempre favorecem a implementação plena deste modelo, que vão desde o receio relativo à responsabilidade legal do enfermeiro nos cuidados prestados, até ao significado de cuidar da família.

A parceria de cuidados com os pais leva por vezes a algumas dúvidas relativamente às responsabilidades legais dos cuidados, o que está também patente no trabalho de Callery e Smith (1991), citados por Lima *et al.* (1999), quando referem que a participação dos pais no processo de hospitalização de seus filhos é amplamente defendida pelos profissionais de saúde, contudo, a extensão desta participação não está ainda delimitada. Neste contexto, revela-se uma vez mais como fundamental a negociação de papéis, de forma a reduzir conflitos e eventuais problemas. Neste ponto,



Casey (1993) realça a importância dos registos de enfermagem de forma a permitir a comunicação e continuidade dos cuidados, salvaguardando a legalidade do processo, isto é, devem permitir a compreensão do que foi feito, porque e por quem foi feito e quais os resultados obtidos.

O cuidar da família é também um conceito que permanece pouco presente em algumas UCI/IN. Pedroso e Bousso (2004) desenvolveram um estudo qualitativo que teve como objectivos conhecer qual o significado de cuidar da família para a equipa de enfermagem de uma unidade de cuidados intensivos de Neonatologia, identificar como esse significado se reflecte na prática e conhecer as crenças vigentes no cuidado da família. O estudo foi realizado com 7 membros da equipa de enfermagem (3 enfermeiras e 4 técnicos de enfermagem) que desempenham funções em unidades de cuidados intensivos neonatais em dois hospitais privados/filantrópicos do interior do estado de São Paulo e que responderam a uma entrevista semi-estruturada.

Dessa forma, foi possível identificar que o significado de cuidar da família é modificado por cada enfermeiro através de um processo interpretativo, nas vivências do dia-a-dia. Esse significado resulta assim da interacção do enfermeiro com o meio social onde desenvolve as suas relações, sendo obtido das suas experiências, valores e relações desenvolvidas tanto na unidade, como fora dela. As actividades e comportamentos são dirigidos aos pais, de acordo com um julgamento prévio que o enfermeiro realiza sobre o envolvimento destes com os seus filhos. Neste estudo ficou também patente que a família é por vezes vista como mero receptáculo e fonte de informações, ficando esquecida toda a sua vivência e o apoio de que necessitam.

Este estudo permitiu compreender que os enfermeiros desta unidade consideram o RN como centro do seu cuidado e que a família é perspectivada como uma ligação para os cuidados da criança após a alta, sendo por isso necessário ajudar a família a tornar-se apta para cuidar da criança. O facto da família não ser vista como objecto dos cuidados demonstra uma lacuna nos cuidados de enfermagem neonatais destas unidades, que não praticam os cuidados centrados na família.

Por sua vez, Martínez *et al.* (2007) desenvolveram um estudo qualitativo com o objectivo de identificar e analisar os significados atribuídos pela equipe de saúde acerca da participação dos pais nos cuidados ao filho prematuro hospitalizado. Os dados foram recolhidos através de uma entrevista semi-estruturada e gravada a 23 profissionais a desempenharem funções numa unidade de neonatologia brasileira.

Os resultados demonstraram que os profissionais reconhecem a importância da participação dos pais nos cuidados uma vez que favorecem a estabilidade clínica do

premature, o seu processo de crescimento e desenvolvimento, possibilitam a interacção mãe-filho e o estabelecimento do vínculo afectivo, para além de ser uma forma da mãe treinar os cuidados ao bebé e prepará-la para a alta.

Contudo, a presença dos pais modifica o ambiente da unidade neonatal, pois para além de interferir com a dinâmica do trabalho, gera insegurança na equipa que se sente observada e aumenta a preocupação com as infecções hospitalares.

Também Kamada e Rocha (2006) desenvolveram um trabalho de investigação descritivo e qualitativo, cujo objectivo geral era identificar as expectativas dos pais e da equipa de enfermagem relativamente ao trabalho da enfermeira numa Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia. Para tal, realizaram 30 entrevistas entre pais, enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do interior do Estado de São Paulo, Brasil. Os resultados obtidos revelam novas expectativas tanto por parte de pais, como pelos profissionais em relação ao desempenho dos profissionais de enfermagem.

Neste estudo, os conhecimentos considerados necessários para a actuação do enfermeiro neonatal foram: a abordagem centrada na família, as técnicas relativas às relações interpessoais e a diferenciação entre tecnologia e conhecimento científico.

Ainda neste estudo, o processo de enfermagem foi referido como muito importante na assistência ao RN e pais, uma vez que permite organizar, sistematizar e conceptualizar a prática de enfermagem, perspectivando o RN como ser holístico. Para além disso, permite também que os enfermeiros diferenciem a sua prática das dos outros profissionais de saúde. Especificamente nesta unidade, os enfermeiros estão a iniciar a sua implantação devido a dificuldades pelo número reduzido de enfermeiros.

Dessa forma, concluiu-se ser necessário um desempenho que combine os avanços tecnológicos com os conhecimentos incidentes nas relações interpessoais entre pais e equipa de enfermagem, considerando a família como um todo, privilegiando as actividades de formação contínua para que os enfermeiros desenvolvam e aperfeiçoem a sua prática de enfermagem diária.

Nestes estudos, é unânime que o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, obriga a algumas mudanças de atitude por parte dos profissionais de Enfermagem, e mesmo das políticas das instituições.

A relação de parceria pressupõe que a criança e família adquiram conhecimentos e perícia no cuidar e que desenvolvam competência e confiança nas suas habilidades. Para isso é necessário dar poder à família (*empowerment*), partilhar conhecimentos e

informações, proporcionando participação através de ensino e educação, facilitando o envolvimento, apoiando e aconselhando.

A relação de parceria depende essencialmente da atitude dos profissionais perante a inclusão da díade no processo de cuidados; a vontade do enfermeiro para partilhar informação, conhecimentos e perícia e; a habilidade do enfermeiro para educar, ensinar e apoiar os outros envolvidos no processo de cuidados (Smith,1995). O autor considera ainda que o sucesso deste modelo depende de uma cultura na qual cada membro da equipa de cuidados se sinta valorizado, envolvido na tomada de decisão e na promoção de autonomia.

É ainda de destacar que a relação de parceria entre enfermeiro e família é facilitada pela metodologia de trabalho por enfermeiro responsável, com partilha de competências. A existência de um profissional de enfermagem que estabeleça com a família uma relação de confiança e segurança, pode ser uma forma de minimizar os efeitos da hospitalização, sendo considerado um dos factores que mais influencia a parceria de cuidados. No modelo de parceria este enfermeiro é designado por enfermeiro primário ou de referência. O enfermeiro primário acolhe, faz a apreciação, planeia, executa e avalia os cuidados à criança, em conjunto com esta e a sua família.

A continuidade de cuidados é assegurada pela existência de enfermeiros associados a cada utente, que assumem o seu cuidado na ausência do enfermeiro primário, cumprindo o planeamento realizado. Casey (1993) refere ainda a melhoria da comunicação e da relação de trabalho entre todos os intervenientes como uma das vantagens deste sistema. Conclui que sem este método de organização de cuidados em enfermagem, o cuidado em parceria, na sua globalidade era provavelmente difícil de atingir.

Todos os profissionais das UCI/IN devem trabalhar em equipa, valorizando os vários saberes e competências da equipa multidisciplinar, adoptando uma atitude de abertura, de flexibilidade e de maturidade profissional, para assim potencializar o desenvolvimento dos pais, do RN de risco e de si mesmos (Barros, 2001b).

No próximo capítulo são abordadas as dificuldades inerentes à situação específica dos pais dos RN de risco, de forma a identificar as necessidades a que os enfermeiros devem estar atentos.

### 3 - DIFICULDADES DOS PAIS DO RN DE RISCO

Neste capítulo são identificadas as dificuldades que os pais do RN de risco apresentam, decorrentes de uma situação não programada, que altera a qualidade das suas vidas e exige um esforço de adaptação. Os aspectos que seguidamente são identificados devem estar presentes no planeamento e intervenção do enfermeiro aquando a prestação de cuidados, ensino e supervisão dos pais.

A construção do sentido de família é, portanto, um processo em que cada elemento desempenha um papel único, numa descoberta mútua, sendo que *“a família é o ecossistema mais importante, em que a criança aprende e adquire identidade”* (Gomes-Pedro, 2005, p.35)

A perspectiva da paternidade mudou ao longo das últimas quatro décadas em função das mudanças sociais, nomeadamente no papel da mulher. De facto, aspectos que eram anteriormente assumidos pela mãe, são hoje passados para outros membros da família e da sociedade. Actualmente, os pais estão sujeitos a um maior nível de stresse social e económico, com horários laborais alargados e a parentalidade é vista como algo que consome muito tempo e esforço, contudo, *“a paternidade constitui um desafio difícil e complexo e também um dos mais importantes da comunidade humana”* (Pires, 2001, p.11).

O modo de vida da família é assim influenciado por diversas situações, nomeadamente, pelo nascimento de uma criança, que tem um grande impacto na vida familiar e altera profundamente as rotinas diárias de todos os membros. As investigações mais recentes demonstram que os acontecimentos decorrentes no período neonatal influenciam, positiva ou negativamente, as relações entre os elementos da nova família, sendo por isso necessário que os profissionais desta área desenvolvam esforços para tornar estes acontecimentos numa experiência o mais possível positiva (Gomes-Pedro, 2005). Segundo Prudhoe e Peters (1995) citados por Cunha (2000) o stresse causado nos pais devido ao internamento do filho RN tem efeitos negativos na sua vida familiar, na satisfação com a vida e nas atitudes e interacções estabelecidas com a criança. É de referir que o comportamento dos pais influencia as competências do bebé e que as experiências de interacção iniciais e o processo de construção de uma família influenciam o desenvolvimento e as experiências futuras da criança.

Se a criança nascer com necessidades especiais a adaptação pode exigir mudanças dramáticas no quotidiano familiar, com o objectivo de atingir um equilíbrio e o mínimo de conforto para os seus membros. As mudanças efectuadas espelham os

valores, as crenças e as prioridades da família e os profissionais devem ajudar a família a encontrar esse equilíbrio (McWilliam, 2003a). Os enfermeiros podem contribuir de forma decisiva para o apoio emocional dos pais, uma vez que estes querem ser ouvidos e conversar com alguém paciente que esclareça as suas dúvidas, ao mesmo tempo que precisam de sentir confiança em quem cuida da vida do seu filho (Cunha, 2000).

Muitas vezes os pais recorrem aos enfermeiros para esclarecerem as suas dúvidas porque os consideram acessíveis e capacitados para lhes dar apoio. De acordo com Miles, Carlson e Funk (1996), citados por Cunha (2000) os enfermeiros devem estar conscientes da importância do apoio que prestam aos pais, de forma a desenvolver intervenções para reduzir o stress e desenvolver o vínculo entre pais e RN de risco.

É oportuno referir que a definição de risco varia consoante os vários autores. O risco pode ser considerado uma fonte de stress que influencia de forma adversa a interacção familiar da qual depende o desenvolvimento da criança (Pires, 2001 citando Guralnick, 1997). Neste tipo de definição a ênfase é colocado na criança, que é quem está em perigo. Contudo, o risco pode ser definido tendo em conta tanto os pais, como a criança, sendo qualquer situação que coloque em stress a relação entre os pais e a criança e os cuidados parentais. É última definição é a que vai ser considerada neste trabalho.

As situações de risco podem ser várias como as doenças crónicas, perturbações do desenvolvimento, problemas neurológicos, complicações perinatais, doença mental ou física da mãe, toxicod dependência, mãe adolescente, entre várias outras possibilidades.

Para Pires (2001) os pais em situações de risco passam por várias fases como a ansiedade e a depressão face ao diagnóstico, o sofrimento devido à falta de informação e incerteza acerca do desenvolvimento da criança, a insegurança no modo como devem actuar, o conflito ou a desagregação familiar, o isolamento social, as dificuldades financeiras, a alteração das rotinas familiares e dos cuidados parentais e a ameaça à confiança parental.

O nascimento de risco desencadeia assim uma crise difícil para os pais, caracterizada por reacções emocionais intensas, por grande confusão, perturbação e labilidade, afectando o seu equilíbrio e bem-estar e dificultando a sua capacidade para assumir o papel parental. Para além disso, ocorre frequentemente em contextos económicos e relacionais difíceis, bem como de risco médico e genético, constituindo-se como mais um elemento perturbador (Barros, 2001a e Barros, 2001b).

Assim sendo, o internamento é para os pais uma situação geradora de stress e de sobrecarga diária, que diminui a qualidade vida e a saúde familiar e que causa

sofrimento, o que também pode estar relacionado com a falta de informação e com a ineficácia dos cuidados (Charepe, 2004).

A depressão surge nos pais quando constatarem que o parto não correu como o desejado, que o bebé é menos perfeito e saudável do imaginavam e que houve uma diminuição da qualidade de vida em geral. Dessa forma, verificam-se reacções depressivas, culpabilidade, desespero, auto-desvalorização, crises de choro, diminuição da actividade e dificuldades na alimentação e no sono. O estado emocional dos pais é fundamental para o estabelecimento da interacção, para o desenvolvimento da vinculação e para as atitudes educativas em geral. A perturbação emocional dos pais, nomeadamente a das mães está relacionada com atitudes educacionais menos sensíveis e menos adequadas de um modo geral (Barros, 2001a).

De acordo com Wong (1999), a família apresenta diferentes fases de adaptação ao internamento da criança em unidades de cuidados intensivos, que incluem o choque, a negação inicial e a adaptação. O choque e a negação são mecanismos de defesa importantes a fim de evitar a desagregação familiar e são uma resposta normal a qualquer tipo de perda. Nesta situação é frequente os pais procurarem diferentes profissionais da equipa para ouvir várias opiniões e recusarem acreditar no diagnóstico. Este tipo de comportamento deve ser respeitado numa fase imediata, uma vez que permite o distanciamento emocional e a reorganização da família.

Verifica-se também que os pais das crianças internadas ficam muitas vezes bloqueados relativamente ao que dizer e fazer, ficando perturbados e centrados no aspecto tecnológico, ao ponto de não conseguirem aproximarem-se do seu filho. A UCI/IN é actualmente considerada como uma fonte de stresse para o bebé, uma vez que representa uma estimulação excessiva e contínua particularmente agressiva para o bebé prematuro, e para os pais, que a consideram um local estranho e artificial ao qual se têm que adaptar e perceber o seu papel (Barros, 2001a). As condições das UCI/IN tornam-se também num ambiente mais restritivo em termos de interacções positivas.

Já na fase da adaptação, os pais reconhecem que a situação é real, o que acontece de forma gradual. Sentimentos como a culpa e auto-acusação estão muitas vezes presentes e a adaptação é também influenciada pelas suas crenças e cultura. A aceitação permite aos pais desempenharem actividades de auto-cuidado assim como a promoção das capacidades físicas e sociais.

Dessa forma após uma desorganização na fase inicial, os pais reorganizam-se, o que é descrito como resiliência familiar, que consiste na capacidade da família ultrapassar o stresse desencadeado (Charepe, 2004). A mudança de atitude por parte da

família depende de alguns factores como o comportamento e evolução da criança, o conhecimento da situação e o tipo de comunicação estabelecido entre a equipa de saúde e a família.

É de realçar que cada família possui a sua própria forma de lidar com a situação e estas fases são definidas de uma forma generalizada, tendo o enfermeiro que realizar um atendimento individualizado em cada situação.

De acordo com Jorge (2004) os pais demonstram algumas necessidades a nível cognitivo, emocional, comportamental e nas relações conjugais. A nível cognitivo apresentam dificuldade relativamente aos conhecimentos e procedimentos para lidar com a doença e a nível emocional sentem-se incapazes de expressar a sua dor. Já a nível comportamental, sacrificam o seu tempo individual para se dedicarem à criança, o que implica mudanças na actividade profissional, o que altera o seu papel na família. As relações conjugais também sofrem consequências: os pais passam menos tempo juntos e verificam-se conflitos e tensões relativamente aos cuidados e necessidades da criança e família.

De realçar que, muitas vezes, os pais afirmam dificuldades em acompanhar o internamento do filho devido à necessidade de reorganização familiar e aos vínculos laborais precários, o que se verifica no contexto nacional, mas também em realidades diferentes como a brasileira, tal como refere Lima *et al.* (2006).

Nos últimos anos têm-se realizado alguns estudos sobre a vivência dos pais nas UCI/IN. Cunha (2000) realizou um estudo exploratório descritivo, de natureza qualitativa que investiga a vivência dos pais durante a hospitalização dos seus filhos RN. O estudo decorreu na Unidade de Internação Neonatal do Hospital Escola de Porto Alegre e os sujeitos do estudo são quinze pais e mães de RN internados nesta unidade. A colheita de dados foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas e da observação participante. Este estudo reforça a importância de valorizar a família nos cuidados de enfermagem e de a ajudar neste período de crise.

De uma forma geral, os relatos dos pais e mães evidenciam que a hospitalização do filho é algo inesperado, manifestando surpresa com o acontecimento. De facto, até esse momento, desconhecem realmente a possibilidade de terem filhos doentes, o que está relacionado com o facto de no senso comum o RN ser visto como alguém saudável.

Os pais referiram a hospitalização do filho através da interacção com os membros da equipa de saúde e dos cuidados prestados ao RN. Neste contexto, valorizam o respeito como essencial na relação interpessoal. Também valorizam a tecnologia e a dedicação dos médicos e enfermeiros.

A preocupação com os outros filhos em casa está também presente nestes pais, sendo um aspecto relatado frequentemente aos enfermeiros. Durante a hospitalização do RN as mães tentam manter a rotina quotidiana e o cuidado com os outros filhos, ao mesmo tempo que passam longos períodos no hospital.

A autora ressalva ainda que a sensibilidade dos pais é bastante aguçada, o que leva a que julguem aquilo que vivenciam no ambiente hospitalar. Neste estudo os pais valorizaram a forma maternal com que alguns enfermeiros cuidam do RN, para além da técnica, realçando que a humanização do cuidado é fundamental. Muitos pais sentem-se sós durante toda esta experiência e vivenciam a hospitalização do filho em silêncio. Contudo, este silêncio tem um significado, e compreendê-lo é também uma das funções do enfermeiro.

Em alguns casos, referiram ainda que a esperança é transmitida aos pais pelos profissionais, o que se manifesta através do olhar para o RN, na maneira de tocá-lo e no empenho diário ao prestar os cuidados, e que a autenticidade do cuidado realizado pelos enfermeiros dá esperança e conforto à família.

Pai e mãe vivenciam o internamento do RN na UCI/IN de forma diferente. Relativamente à experiência da mãe, esta está sempre numa situação vulnerável no pós-parto devido à vivência psicológica e às mudanças corporais. Contudo, na situação de nascimento prematuro ou de um RN doente, a mãe experiencia uma realidade ameaçadora e potencialmente destrutiva. Para além de tudo isto, a separação precoce da mãe e do RN é por si só um factor de perturbação do desenvolvimento e contribui decisivamente para a angústia e ansiedade maternas. A vinculação não é hoje vista como automática, mas sim como um processo contínuo e complexo, e que pode ser prejudicado por determinados acontecimentos como o nascimento prematuro ou de um RN doente (Brazelton Cramer, 1989). As fantasias e medos podem ser de tal forma que a mãe fica em estado de crise aguda. A complexidade destas situações levam também a engrandecer o sentimento de incapacidade que estas mães experienciam, nomeadamente, no que é relativo aos cuidados que o bebé necessita (Botelho e Machado, 1995).

Um estudo qualitativo de enfermagem neonatal realizado por Heermann *et al.* (2005) nos Estados Unidos da América, sobre a experiência de tornar-se mãe enquanto o RN está internado na UCI/IN, alerta que as mães passam por um processo de desenvolvimento desde o momento que são vistas como alguém exterior à equipa, até evoluírem para uma mãe comprometida nos cuidados. Segundo as autoras, só nesta fase



é que as mães estão prontas para a parceria de cuidados, o que pressupõe também que os cuidados sejam centrados na família e que suportem o desenvolvimento da mãe.

Este estudo revela ainda que, numa primeira fase, a maioria das mães estão centradas no aspecto tecnológico da UCI/IN, na linguagem e conhecimento dos profissionais de saúde e na experiência dos enfermeiros, em vez do RN. Só quando se adaptam a este meio, é que conseguem centra-se no filho, o que pode reverter novamente se este sofrer complicações clínicas.

Já numa segunda fase, as mães desenvolvem o sentido de pertença, em que o bebé deixa de ser considerado sob a custódia e responsabilidade dos enfermeiros, tal como uma das mães referiu, para passar a ser visto como o seu filho. A terceira fase é caracterizada pela prestação de cuidados pelas mães, que abandonam o papel passivo para assumirem um papel activo, embora algumas refiram sentirem que prestam cuidados de menor qualidade do que os prestados pelas enfermeiras. A quarta fase consiste na defesa do bebé, isto é, a mãe assegura que ele tem todos os cuidados necessários e que os profissionais de saúde estão a fazer tudo para o seu máximo bem-estar. No final de todo este processo, a mãe assume um papel comprometido nos cuidados. De realçar que nem todas as mães iniciam este processo pela mesma fase.

Por sua vez, o pai também se sente vulnerável, cabendo-lhe estabelecer a ponte entre o bebé e a mãe enquanto esta está internada. Para além disso, o pai é quem primeiro tem que assumir a realidade do bebé, perante a família, os amigos e a sociedade, ao mesmo tempo que mantém a sua actividade laboral na maioria das vezes (Botelho e Machado, 1995).

De realçar que, a experiência do pai na UCI/IN permanece pouco investigada, pelo que Arockiasamy *et al.* (2008) desenvolveram um estudo qualitativo com o objectivo de compreender a experiência do pai do RN de risco internado numa UCI/IN e assim desenvolver um apoio mais dirigido.

Para tal um médico entrevistou 16 pais cujos filhos estiveram mais de 30 dias internados numa UCI/IN, questionando-os acerca da comunicação estabelecida pela equipa de saúde, do acesso à informação e da percepção geral da sua experiência na UCI/IN. O achado comum a todos foi o sentimento de perda de controlo. Verificou-se também que a experiência de cada um depende da sua visão do mundo, isto é, dos seus valores e significado das situações. Os pais entrevistados referiram ainda que o internamento de um filho numa UCI/IN obriga a uma redefinição do seu papel na estrutura familiar, sentindo a obrigação de apoiar a mãe do RN e de proteger a família.

Como ficou patente nestes estudos, as dificuldades dos pais e mães dos RN são várias e bastantes complexas e expostas a toda a UCI/IN. Num estudo realizado por Darbyshire (1994), citada por Heermann *et al.* (2005), os pais e as mães expressaram que a principal dificuldade nas UCI/IN é tornarem-se pais “em público”, em que sentimentos privados são expostos a outros pais e enfermeiros, num ambiente altamente tecnológico, ruidoso e com pouca privacidade, também por isso pouco propício à prestação de cuidados pelos pais.

Reagir ao internamento do filho RN revela-se assim uma necessidade para estes pais, que têm que reorganizar os seus papéis e gerir os vários sentimentos e situações. Muitos dos RN nas UCI/IN portuguesas são prematuros, os quais desencadeiam nos pais uma reacção diferente da do RN de termo devido às suas características. Esta temática é desenvolvida no próximo sub-capítulo.

### 3. 1 - IMPACTO DO NASCIMENTO DO RN PREMATURO

O impacto do nascimento do RN prematuro é destacado, uma vez que é uma situação comum nas UCI/IN. O RN prematuro possui características muito específicas o que causa um impacto nos pais, que são também avassalados por sentimentos relativos à situação de crise. O conjunto destes factores influencia a vinculação entre pais e RN prematuro, bem como, o desenvolvimento das suas competências na prestação de cuidados.

Em traços gerais, e de acordo com Brazelton e Cramer (1989), no parto prematuro os pais sentem-se incompletos e perdidos encarando-o como um choque ao qual não sabem como reagir. Para além do impacto do parto ser antes do tempo previsto, existe ainda o facto de o bebé real não corresponder ao que foi sonhado. Apesar desta constatação ser comum aos pais de qualquer RN, uma vez que o bebé não nasce no parto, mas sim, quando emerge na imaginação dos pais, é agravada nos pais do RN prematuro devido ao seu aspecto e competências. Assim, quando os pais vêm pela primeira vez o seu filho prematuro, pequeno, magro, com múltiplos aparelhos e tubos em seu redor, com pouca capacidade de atenção e de reacção, são confrontados com uma imagem que nada tinha a ver com o bebé sonhado (Oliveira, 2001).

Estes pais experimentam então um sentimento de culpa, consciente ou inconsciente, medo e angústia, os quais são aumentados pelas escassas informações, que muitas vezes são contraditórias (Gonçalves *et al.*, 1999). Assim, o RN prematuro

torna-se, a princípio, numa fonte de desilusão, incapaz de alimentar o amor-próprio dos pais, como se o defeito da criança mostra-se à sociedade uma incapacidade ou defeito deles próprios (Brazelton e Cramer, 1989). O facto de os pais pensarem que podem perder o seu bebé, desencadeia também alguma resistência na ligação ao filho, numa tentativa de se protegerem de um sofrimento antecipado (Loureiro, 2000). Para além disso, a criança internada desde o nascimento é privada do contacto precoce com os seus pais, sendo a separação vista como uma perda, uma interrupção (Oliveira, 2001).

As características do bebé prematuro condicionam também o comportamento e as reacções dos pais. O prematuro possui competências comunicacionais e interactivas menos adequadas: tem mais dificuldade em fixar o olhar, o que compromete o contacto visual, emite menos sons incentivadores da interacção e apresenta uma resposta social mais diminuta. O seu padrão de choro é também diferente, o que provoca no cuidador um estado de alerta emocional negativo. De realçar que os prematuros são sensíveis à estimulação, mas têm reservas limitadas de energia sendo por isso que respondem aos seus pais mas têm dificuldade em manter a atenção, adormecendo ou chorando. São comportamentos que levam os pais a sentirem-se menos confiantes nas suas habilidades para prestar cuidados. Em suma, o prematuro é fisicamente pouco atraente, difícil de compreender e menos capaz de gratificar os seus interlocutores (Barros, 2001a).

Tendo em conta todos estes factores, não é surpreendente que a prematuridade interfira na relação pais/RN, uma vez que é uma situação que leva tanto os pais, como a criança prematuro a envolverem-se num processo de vinculação que começou precocemente. Admite-se que, tanto as características dos pais, como as da criança, interagem no resultado da relação. Contudo, há que referir que, em virtude das suas particularidades, são essencialmente os problemas do RN prematuro que dificultam a relação de vinculação e reciprocidade (Brazelton e Cramer, 1989).

Barros (2001a) refere estudos de observação longitudinal que permitem avaliar a comunicação entre a mãe e o prematuro. Verifica-se que durante o internamento as mães tendem a ser menos activas do que as dos bebés saudáveis, podendo mostrar-se desinteressadas e apáticas. Ao nível da comunicação estas mães apresentam também diferenças, sendo que tendem a insistir em padrões comportamentais de estimulação geradores de stresse no prematuro ou que não obtêm resposta, recorrendo minoritariamente a comportamentos susceptíveis de o acalmar e de o organizar. Outros estudos apontam também que parece haver uma associação entre a dificuldade de compreender o bebé e o desajuste nas atitudes do cuidador. Mesmo quando o bebé já está integrado no sistema e ambiente familiares, estas mães continuam a apresentar

diferenças, apresentando maiores níveis de actividade, mas menos prazer na interacção com o bebé.

Dessa forma, o estabelecimento da vinculação pode ser demorado, dado que o assumir um papel activo nos cuidados ao filho está dificultado. Também Vidigal *et al.* (2001) referem que o papel dos pais é determinante no desenvolvimento do RN prematuro. Os sentimentos, emoções e comportamentos iniciais dos pais que vivenciam o nascimento de um filho prematuro influenciam as interacções precoces, que são perturbadas devido aos cuidados intensivos de que o bebé necessita. As autoras referem estudos de Mazet e Stoleru (1990) que demonstram que nos primeiros dias após a alta os pais dos bebés prematuros apresentam menos contactos corporais, falam menos e sorriem menos para o bebé relativamente aos pais dos bebés de termo. Verifica-se também que mesmo após o desaparecimento das diferenças entre crianças prematuras e de termo, as mães continuam a manifestar diferenças ao nível da interacção. Muitas vezes, os pais continuam a considerar a criança prematura como mais vulnerável a acidentes ou doenças, o que desenvolve um sentido de sub-protecção, dificuldade na separação e perturbações de sono.

O nascimento prematuro é visto, ainda, como uma situação geradora de stresse para toda a família, uma vez que traz uma série de consequências psicológicas, que afectam todas as pessoas que contactam com os pais, mas também, repercussões financeiras e ocupacionais (Loureiro, 2000).

Devido à pouca informação sobre o impacto da prematuridade no quotidiano e comportamento parental e na vivência das mães, Vidigal *et al.* (2001) desenvolveram um estudo qualitativo através de entrevistas semi-estruturadas a nove mães de crianças nascidas prematuramente na Maternidade Alfredo da Costa. A adaptação e reorganização parental revelam-se fundamentais para atenuar o impacto do nascimento prematuro. As estratégias de compensação e de adaptação emergem assim nestas mães, consoante a situação específica, o que se verifica através da comparação entre as gravidezes de outros filhos, a sobre-estimulação e a presença contínua. De referir que as mães que tiveram anteriormente um bebé prematuro, no segundo nascimento prematuro demonstram uma diminuição da preocupação, o que está relacionado com a experiência prévia e aumenta a sua confiança nos cuidados mais básicos, não tendo também a preocupação de estar presente constantemente. A situação é vivida de forma menos intensa e menos stressante. As autoras ressaltam que a prática e a experiência contribuem para a aprendizagem das mães e ajudam-nas a alcançar o equilíbrio

desejado. Para além disso, numa situação de prematuridade, o meio familiar e os cuidados recebidos pelo bebé atenuam as consequências

Para terminar, Pires (2001) refere que os pais dos bebés prematuros, no momento da alta, são confrontados com o afastamento da tecnologia que lhes dava um sentimento de segurança, bem como o afastamento dos profissionais de saúde relativamente aos quais estabelecem alguma dependência.

Apesar dos pais dos RN prematuros se encontrarem numa situação muito específica, todos os pais de RN internados nas UCI/IN passam por uma situação de crise. Por esse motivo, é fundamental reconhecer as suas capacidades e competências, nomeadamente como cuidadores do RN de risco, partindo do pressuposto que cada família tem o potencial para ultrapassar os momentos mais difíceis e geradores de ansiedade.

### 3.2 - COMPETÊNCIAS DOS PAIS DO RN DE RISCO

O desenvolvimento de competências dos pais do RN de risco é um dos objectivos da acção do enfermeiro da UCI/IN, para que no momento da alta clínica estejam aptos a cuidar do RN de forma autónoma e responsável. Neste contexto, é relevante identificar o tipo de competências a serem desenvolvidas pelos pais e os factores que as influenciam.

A competência é definida por Hadji (1994) como o saber-fazer em situação. De acordo com Alarcão (2001b) a competência é actualmente compreendida de uma forma global, pragmática e interactiva, sendo um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes, manifestando-se em níveis de desempenho adequados ou não à situação específica.

Alessandrini (2002, p. 164) corrobora esta definição quando refere que a competência é “ *a capacidade de compreender uma determinada situação e reagir adequadamente*”, mediante uma correcta avaliação da situação. A competência resulta assim do diálogo entre as habilidades e as aptidões que temos e accionamos quando nos encontramos em desequilíbrio. Este desequilíbrio temporário é fundamental para a evolução do indivíduo, que se reorganiza para recuperar o equilíbrio. Assim sendo, as competências constroem-se continuamente, num processo de diálogo interior derivado das relações intra e interpessoais, num contexto de inserção social e responsabilidade.

Por sua vez, Macedo (2002) menciona que a competência deve ser considerada em três vertentes: tomada de decisão, gestão e mobilização de recursos (afectivos,

cognitivos) e saber agir, o que implica construção e coordenação de pensamento. Ser competente implica julgar em situações difíceis, incertas ou mesmo ambivalentes e corrigir ou aperfeiçoar determinados aspectos que devem ser perspectivados de acordo com o contexto. Mais ainda, ser competente é saber comunicar, saber fazer, saber explicar e saber compreender. Implica abstrair e retirar de uma situação algo que se possa generalizar e transferir para outra situação com as adaptações necessárias, aprendendo também com a experiência. Tomar decisões é mobilizar valores, raciocinar e decidir aquilo que se julga o melhor para cada situação-problema. Assim, perante uma alteração o sujeito pode negá-la, renunciar ou pode enfrentá-la. Uma perturbação produz um desequilíbrio, reflecte a limitação dos nossos recursos e cria necessidade de obter informação. Ao optar por enfrentá-la tem de considerar os obstáculos e os recursos de que dispõe, para poder superar os limites do seu pensamento ou capacidades.

Para Machado (2002) a personalidade é a característica fundamental da ideia de competência. Outro dos factores que a caracteriza é o contexto no qual a competência se desenvolve, bem como, a mobilização de saberes uma vez que a competência não é um conhecimento acumulado, mas sim a capacidade de se recorrer ao que já se sabe para realizar aquilo que se deseja.

Macedo (2002) ressalva ainda que a competência tem sempre uma dimensão relacional uma vez que desafia as interacções que o sujeito estabelece com o meio, com os outros e consigo mesmo. O desenvolvimento de competência depende assim da autonomia, respeito, tolerância, cooperação e compromisso do sujeito, uma vez que são qualidades que influenciam positivamente as relações entre as pessoas.

A noção de competência individual desenvolvida por Sveiby (1998) citado por Bastos *et al.* (1999) refere-se à capacidade de agir em diversas situações, o que envolve cinco elementos fundamentais: o conhecimento explícito, a habilidade, a experiência, os juízos de valor e a rede social. A competência é assim contextualizada, podendo ser desenvolvida através da aprendizagem, treino e reflexão.

A partir do conceito geral de competência torna-se evidente que as competências dos pais do RN de risco devem ser compreendidas no seu contexto específico e devem ser desenvolvidas com o apoio dos profissionais das UCI/IN.

De acordo com Pires (2001) nas duas últimas décadas tem sido vastos os estudos que tentam especificar o comportamento parental. O autor cita Bornstein *et al.* (1996) que identificaram quatro domínios e respectivos cuidados parentais. Os cuidados primários incluem a satisfação das necessidades da criança, como a alimentação e a higiene. Os cuidados sociais focam a relação interpessoal e consistem em estratégias físicas e

verbais mediante as quais os pais expressam os seus sentimentos para com a criança e realizam trocas emocionais com ela, como beijar, embalar, sorrir, manter contacto face-a-face, brincar e vocalizações não verbais. Por sua vez, os cuidados didácticos são as estratégias físicas e verbais para que as crianças interajam com o meio envolvente, estimulando os filhos e proporcionando oportunidades para observarem, imitarem e aprenderem. Por último, existe o domínio da imposição de limites que implica o estabelecimento de regras e o respeito pela autoridade.

O autor refere que para desenvolver a noção de comportamento parental, considerando-o como uma tarefa que inclui prestar cuidados à criança, é necessário proporcionar um ambiente seguro para o desenvolvimento holístico da criança, manter seu o conforto e interações sociais e resolver conflitos e dificuldades interpessoais. O comportamento parental exige competências várias, que demonstram a sensibilidade para as necessidades da criança e a capacidade de resposta nas diferentes fases do seu desenvolvimento, bem como apoiar a progressiva autonomia da criança.

Para terminar a noção de comportamento parental, Pires (2001) faz referência a Belsky (1984) que propôs o Modelo dos Determinantes do Comportamento Parental e que enfoca os factores que influenciam esse comportamento. O autor concluiu que o comportamento parental é influenciado por uma multiplicidade de factores que o influenciam de forma directa ou indirecta, como a personalidade e a história de desenvolvimento dos pais, as características da criança, os factores sociais de apoio ou de stress, a relação conjugal, a rede social, a situação laboral.

Relativamente à competência materna, Marques e Sá (2004) citam Steele e Pollack (1968) para referirem que a função materna engloba duas componentes, nomeadamente, a de natureza prática, que inclui as capacidades cognitivas e motoras e, a de natureza emocional, que inclui as capacidades cognitivas e afectivas.

Especificamente, as competências cognitivo-motoras são actividades orientadas para satisfazer as necessidades relativas à alimentação, à higiene e conforto, ao vestir, à manutenção da temperatura corporal dentro dos limites normais, ao evitamento dos perigos e à promoção da mobilidade. Estes comportamentos cuidativos são influenciados pela cultura, pela experiência individual e são desenvolvidos após o nascimento do bebé.

Já as competências cognitivo-afectivas abrangem a ternura, a atenção e o interesse relativamente às necessidades e desejos do bebé. Relacionam-se com experiências anteriores das mães relativamente aos seus progenitores e influenciam a forma de cuidar e a respostas do bebé, sendo a relação entre pais e bebé mutuamente compensadora.

Ambas as competências revelam-se fundamentais para o desenvolvimento da criança. Segundo Marques e Sá (2004) existem vários factores que influenciam a competência materna:

➤ Características sócio-familiares.

Estes factores incluem a idade, o desenvolvimento e a profissão maternas. O trabalho que as pessoas executam, a sua motivação e satisfação com o emprego podem influenciar as percepções e comportamentos relativamente aos filhos.

Contudo, o estudo realizado por estas autoras indica que factores como a idade e profissão materna não influenciam a auto-percepção de competências maternas nos cuidados ao RN prematuro.

➤ Características da própria criança

O prematuro, o bebé de baixo peso e o bebé doente são descritos em vários estudos como menos reactivos a estímulos, com períodos curtos de estado de alerta e mobilidade pouco frequente. Estas diferenças ao nível da reactividade e de resposta do RN de risco têm consequências ao nível da qualidade da interacção que estabelece com os cuidadores, sendo um parceiro diferente do bebé saudável. Dessa forma, o comportamento dos pais na interacção com o RN prematuro ou RN doente é diferente dos pais dos bebés de termo e saudáveis. (Barros, 2001a).

Tendo em conta as diferenças interactivas destes bebés, os pais apresentam também diferenças ao nível da iniciativa e das atitudes interactivas. Pelas características inerentes a estes bebés é difícil para os pais perceberem o tipo de cuidados a prestar, ou seja, quando o alimentar e realizar higiene, quando o estimular ou deixar repousar.

➤ Preparação para a alta da UCI/IN

A preparação para a alta da UCI/IN começa no primeiro dia de internamento, com a participação progressiva dos pais nos cuidados, através do ensino e supervisão adequados às suas dificuldades e questões. A parceria permite-lhes assim o desenvolvimento de competências e conhecimentos nos cuidados ao RN de risco, para que no momento da alta se sintam seguros e autónomos. Pela sua importância, a preparação para alta será desenvolvida no próximo capítulo.

O desenvolvimento de competências nos pais e as suas contingências têm sido destacados por alguns estudos. Ferreira e Costa (2004) referem que os pais de bebés



prematturos precisam de desenvolver uma preparação para a aquisição de novas competências e aperfeiçoamento das que existiam previamente.

Já Barros (2001a) frisa que os pais dos bebês prematturos apresentam crises emocionais graves, com sentimentos intensos de ansiedade, medo e depressão verificando-se em alguns estudos que os níveis de ansiedade tendem a aumentar três meses após a alta do bebê. Esta ansiedade está relacionada inicialmente com a preocupação com a sobrevivência do bebê e posteriormente, com os receios com a saúde e desenvolvimento do bebê e com a noção de falta de competência para cuidar e educar um filho, entendido como mais difícil. O nível de incerteza demonstrado pelos médicos e enfermeiros e o nível da informação que transmitem contribui também para o aumento da ansiedade.

Contudo, de acordo com os resultados de um estudo descritivo realizado por Marques e Sá (2004) as mães de bebês prematturos auto-percebem elevados níveis de competência cuidativa 48 horas antes da alta clínica. Este estudo indica também que os factores ligados ao RN influenciam estes níveis, sendo que a idade gestacional e o peso no nascimento do RN correlacionam-se negativamente com a competência materna auto-percebida. Por sua vez, a duração do internamento correlaciona-se positivamente com a competência materna auto-percebida. Após a realização deste estudo as autoras sugerem que será interessante estudar futuramente a influência de factores como o acolhimento, a participação da mãe nos cuidados e os ensinamentos efectuados durante o internamento, com a competência materna auto-percebida.

A prestação de cuidados pelos pais ao RN de risco é assim fundamental. Pires (2001) cita Skinner (1986) para quem um prestador de cuidado sensitivo é aquele que responde às acções da criança de forma contingente e apropriada, isto é, rapidamente, de forma consistente e apropriada aos comportamentos do RN, tendo em conta as suas necessidades naquele momento, a sua solicitação, intenção e nível de desenvolvimento. O autor ressalva que alguns pais são auto-centrados, desatentos ao que se passa e com menor disponibilidade para conhecer a criança e planejar em função dela. Essa é muitas vezes uma das razões para a falta de sensitividade, uma vez que não planeiam o mundo físico e temporal da criança.

Na análise do comportamento parental, Bowlby frisa a importância da aprendizagem na organização do comportamento de prestação de cuidados e da influência da experiência de vinculação com os seus próprios pais (Soares, 2001).

Autoras como George e Solomon (1996, 1999) citadas por Soares (2001), aprofundaram a concepção de Bowlby, na qual o comportamento da figura de vinculação

está organizado num sistema comportamental de prestação de cuidados. Estas autoras propõem-se estudar o comportamento de prestação de cuidados, uma vez que ainda não foi desenvolvida uma perspectiva que permita a sua compreensão.

Assim, sendo, partem do pressuposto que o comportamento de prestação de cuidados é um sistema comportamental organizado e independente, embora relacionado com a vinculação. O modo como este sistema influencia a relação entre a criança e a figura parental está a ser alvo de interesse recente, sendo que até aqui, o foco dos vários estudos era as necessidades da criança, relegando a figura parental para um plano secundário. Para além disso, a Psicologia do Desenvolvimento tem sido influenciada pela teoria da aprendizagem e pela teoria sócio-cognitiva, que remetem para os padrões de comportamento, para as atitudes parentais e para as atribuições.

O objectivo do sistema de prestação de cuidados é manter o bebé próximo da figura materna em situações de perigo ou ameaça, para que esteja seguro. À semelhança da vinculação, a função deste sistema é proteger o bebé. Por outro lado, se a vinculação tem uma forte carga afectiva, a prestação de cuidados ao bebé será também marcada por emoções fortes, sendo regulada pelo prazer e satisfação quando a figura parental conseguiu proteger o bebé, e pelo aumento de raiva, tristeza ou ansiedade quando não o consegue.

A activação deste sistema de protecção de cuidados realizado pela figura parental leva à vigilância, percepção e organização de sinais de várias fontes e selecção de uma resposta.

Marques e Sá (2004) realçam que na actualidade verifica-se um decréscimo na auto-confiança dos pais ao prestarem cuidados aos seus filhos. Tendo em conta a filosofia de cuidados inerentes à Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, surge a preocupação de ajudar os pais a desenvolverem um nível de competências que lhe permitam cuidar do RN após a alta clínica, o que será abordado seguidamente.

#### **4 - PAPEL DO ENFERMEIRO NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARENTAIS**

Neste capítulo o papel do enfermeiro da UCI/IN é especificado, abordando o processo de enfermagem no contexto da parceria de cuidados em neonatologia. A acção educativa e supervisiva do enfermeiro e o envolvimento dos pais nos cuidados são destacados como forma de contribuir para a progressiva autonomia dos pais, para o desenvolvimento das suas competências e para a promoção da vinculação entre estes e o RN. São também abordadas a avaliação das competências parentais e a satisfação dos pais com os cuidados de enfermagem prestados nas UCI/IN.

Segundo Barros (1999) a hospitalização é um momento de stresse e ansiedade para a maioria das crianças podendo acarretar consequências negativas no seu comportamento a longo prazo. Por sua vez os pais têm de desempenhar uma multiplicidade de funções para a qual muitas vezes não estão preparados. Para além de enfrentar a sua própria ansiedade, têm de manter um papel profissional e o funcionamento da restante família, enquanto que ajudam a criança a superar a situação de doença. Os pais são o principal apoio da criança mas precisam de uma equipa que os apoie e oriente, ou mesmo que os ensine a estar atento as necessidades da criança e desenvolver uma resposta adequada.

Existe pouca pesquisa sistemática para determinar os efeitos da hospitalização no bem-estar das crianças e família, embora seja do reconhecimento geral que é adverso. Melnyk *et al.* (2004) desenvolveram um estudo cujo objectivo foi avaliar os efeitos de um programa de intervenção educacional preventiva denominado “Creating Opportunities for Parent Empowerment”. O alvo foi as mães de crianças internadas numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos dos Estados Unidos da América. O programa mencionado visava aumentar o conhecimento dos pais e a compreensão do comportamento da criança hospitalizada e aumentar a participação dos pais nos cuidados à criança.

Como resultados obtiveram que as mães que participaram neste programa apresentaram diminuição de stresse e de depressão e passaram a participar nos cuidados mais frequentemente, relativamente às mães do grupo de controlo. Para além disso, as mães que foram abrangidas pelo programa apresentaram também uma diminuição da hiperactividade e um aumento da adaptabilidade, bem como uma crença mais forte no seu contributo para o ajustamento da criança e numa resposta mais positiva da criança à hospitalização. Em suma, estas mães evidenciaram melhorias e mais

segurança no seu papel, o que beneficia a criança. Este estudo demonstra que os pais de crianças internadas durante longos períodos de tempo e em unidades de cuidados intensivos precisam de apoio e de profissionais que os ajudem a perceber o seu papel nestas unidades.

Ausloos (1996) corrobora estas conclusões ao afirmar que as famílias são competentes para resolver as suas crises evolutivas, possuindo capacidade de auto-organização e de transformação. Aos profissionais cabe facultar processos para as famílias poderem observar, experimentar e mudar. Para além disso, disponibilizar informação à família permite-lhe encontrar as soluções que considera mais adequadas, o que autor denomina de auto-soluções. De referir que é preciso dar tempo à família para que esta possa evoluir e experimentar novas alternativas.

Dessa forma, os profissionais devem reduzir os efeitos negativos e potencializar os aspectos mais enriquecedores. Assim, a hospitalização pode mesmo constituir uma situação de aprendizagem e desenvolvimento em que a criança beneficia simultaneamente de uma relação apoiante com a equipa de saúde e de uma relação mais próxima dos familiares. Esta oportunidade de aprendizagem dá-se quando surge uma situação nova com um grau moderado de ameaça e de stresse, com figuras apoiantes disponíveis e com um modelo de actuação adequado (Barros, 1999).

O papel do enfermeiro neonatal, de acordo com Miles, Carlson e Funk (1996) citados por Cunha (2000) é ajudar as famílias através de intervenções de apoio específicas para reduzir o stresse dos pais, tendo em vista a facilitação da sua adaptação e o relacionamento entre pais e RN, no âmbito da humanização dos cuidados.

Segundo Kenner (2001), as intervenções com as famílias dos RN de risco agrupam-se em quatro categorias principais:

- Fornecer informação;
- Reforçar sistemas de apoio;
- Treinar habilidades na prestação de cuidados ao RN;
- Promover a vinculação entre pais e RN.

A equipa de enfermagem assume um papel fundamental no sentido de promover e facilitar a relação entre pais e RN, tendo em conta as suas necessidades. Assim, depois de um primeiro momento em que a principal preocupação é salvar o RN de risco, existe a preocupação de avaliar os efeitos dessa situação para a família. É de vincar que numa UCI/IN, são três os utentes: o RN, a mãe e o pai, aos quais se tem que prestar toda a atenção. A equipa que acompanha os pais e o RN de risco pode ter um papel

preponderante no desenvolvimento positivo da sua relação. Para a equipa intervir positivamente na relação pais/RN de risco é necessária uma constante observação, para que os pais percebam as potencialidades do bebé (Brazelton e Cramer, 1989).

A promoção e incentivo da prestação de cuidados realizada pelos pais ao RN de risco constituem um aspecto importante da acção do enfermeiro da UCI/IN. É um modo dos pais e RN se conhecerem melhor e consolidarem a sua relação, ao mesmo tempo que os pais vão desenvolvendo gradualmente a sua autonomia e confiança nos cuidados, pelo que é descrita seguidamente.

#### 4.1 - PROMOÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS PELOS PAIS

Um dos principais objectivos da intervenção de enfermagem é ajudar os pais a conhecer, entender e aceitar o seu próprio filho, valorizando a sua singularidade. O bebé precisa de um conjunto de cuidados relacionados com a alimentação, higiene, posicionamento, bem como ser contido e abraçado com segurança. Estes cuidados são normalmente prestados pela mãe e relacionam-se com a capacidade deste se adaptar às necessidades do bebé. Através do seu corpo, calor, cheiro e ritmos, a mãe dá ao bebé o sentido de segurança básica, torna-o mais confiante para novas experiências e influencia a sua aprendizagem e desenvolvimento. Cada relação mãe/RN é única e possui uma complementaridade própria, pois cada parceiro influencia o outro (Reis, 2003).

O bebé deve ser compreendido e reconhecido com um parceiro activo nas relações que estabelece com os outros seres humanos, possuindo mecanismos de ajustamento e aptidões potenciais para captar e integrar informação e realizar comportamentos. Tal como refere Sá (2003), *“os bebés não esperam que nos adequemos, somente, ao ritmo da sua biologia, nem que sejamos organizadores da sua insipiência mental. Os bebés esperam que a nossa autenticidade “case” com a sua, numa mesma empatia”*. São os cuidados maternos e paternos que *“permitem a expressão do conjunto de possibilidades pessoais únicas, específicas de cada indivíduo”* e que constituem a personalidade de cada pessoa (Reis, 2003, p.21 referindo Bollas, 1992). O contacto com os pais constitui assim a base de desenvolvimento de bebé, favorecendo a abertura a experiências que lhe permitirão aprender.

A promoção da prestação de cuidados pelos pais inicia-se com o acolhimento do RN de risco e pais na UCI/IN. A forma como os pais são recebidos facilita ou não o estabelecimento de confiança na equipa de saúde que cuida do seu filho. O momento do

primeiro contacto com o ambiente e pessoal da UCI/IN é marcante para os pais que se sentem estranhos num meio extremamente tecnológico e rodeados de pessoas desconhecidas.

De acordo com Oliveira (2001), o acolhimento dos pais constitui um momento de especial importância, sendo que a equipa de enfermagem deve permitir tempo aos pais para fazerem o luto do bebé sonhado. Tal vai permitir-lhes avançar e adaptarem-se ao seu bebé, no sentido de caminhar para uma verdadeira vinculação afectiva. Trata-se de uma fase em que é preciso estar atento e compreender a ambivalência dos sentimentos dos pais que, por um lado desejam a sobrevivência do seu filho e, por outro, não querem que sobreviva com sequelas que o impeçam de ter uma vida normal. Os momentos de comunicação e aproximação destes pais em relação aos seus bebés são intercalados por momentos de pessimismo, afastamento e hostilidade.

Portanto, os pais devem ser bem recebidos pois é um aspecto que contribui decisivamente para o seu sentimento de segurança e de proximidade da equipa o que consequentemente traz benefícios para a relação entre pais e bebé (Cunha, 2000). O acolhimento dos pais e recém-nascido na UCI/IN revela-se por isso fundamental, sendo responsabilidade do enfermeiro integrar os pais na equipa para assim desenvolver a parceria de cuidados.

Os pais precisam, portanto, de um forte apoio emocional e de uma total disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas desde o primeiro momento na UCI/IN. Na verdade, segundo Brazelton e Cramer (1989), eles não se sentem preparados para cuidar do seu filho tão frágil e, precisam de quem os ouça para exporem as suas questões, medos e preocupações, para exprimirem a sua tristeza, desgosto e ansiedade relativamente ao tratamento, ou até mesmo a uma possível morte.

O desenvolvimento da relação de ajuda entre enfermeiro e família é fundamental em todo o processo de parceria de cuidados e progressiva autonomia dos pais. Segundo Lazure (1994), na relação de ajuda o enfermeiro fornece ao utente/família determinadas condições para que possam satisfazer as suas necessidades básicas. A relação de ajuda apresenta os seguintes objectivos para o utente/família: ultrapassar uma provação, resolver uma situação problemática e encontrar um funcionamento pessoal satisfatório. Mais especificamente, através da relação de ajuda o utente/família são capazes de identificar, escolher e decidir se devem modificar algum aspecto no contexto da situação de crise. A relação de ajuda contribui assim para reduzir a ansiedade e elevar o nível de energia.

O utente ou familiar que se sente culpado e tem uma auto-imagem negativa encontra na relação de ajuda a compreensão que lhe permite tornar-se mais tolerante e positivo em relação a si próprio e aos outros, o que neste contexto é fundamental para os pais, principalmente na fase inicial. Através da relação de ajuda os pais podem auto-conhecer-se melhor, clarificar os seus objectivos tornando-se mais capazes e desenvolvendo competências para resolver os seus problemas, identificando as suas necessidades e estratégias para as combater (Lazure, 1994). Assim tomam consciência do vivido, para depois o aceitar, melhor se adaptarem e mudarem comportamentos, para que possam evoluir para o bem-estar e para a autonomia, atingindo o fim dessa relação e concretizando com sucesso os objectivos (Phaneuf, 2001).

O aconselhamento dos pais deve ser realizado fornecendo a informação adequada, apoiando e demonstrando aceitação dos seus sentimentos, através do atendimento personalizado e da promoção da relação entre pais e enfermeiro (Gonçalves *et al.*, 1999).

Após o acolhimento os pais são gradualmente integrados na prestação de cuidados ao RN, mediante a sua motivação, disponibilidade e vontade. Progressivamente, é necessário estimular a presença dos pais nos cuidados, de acordo com o seu desejo e capacidade, estimular o contacto físico entre pais e RN e actuar tendo em vista a inserção deste no seu meio familiar. O plano de intervenção deve ter em conta a motivação e conhecimento prévio dos pais e alguns aspectos, tais como a higiene, a alimentação, a eliminação, o sono e repouso, o carinho e a orientação para os cuidados primários. Este conjunto de factores deve ser abordado para o desenvolvimento de competências necessárias aos cuidados, preparando os pais para a sua adaptação ao bebé. Individualizar a prestação de serviços implica conceber um plano para cada criança e família, marcado pela flexibilidade (McWilliam, 2003a).

Os pais procuram conhecer as respostas do bebé, identificar os seus sinais de prazer e de dor de forma a estabelecerem uma relação. Sendo assim, é fundamental promover a interacção entre eles, uma vez que influencia o futuro desenvolvimento psicológico, o comportamento social e maternal.

É de realçar que, a participação dos pais nos cuidados pode ir desde a completa indiferença ao envolvimento total, sendo necessário identificar se os pais estão interessados em participar na prestação de cuidados e se têm oportunidade de o fazer. Só assim é possível planificar um tipo de intervenção adequada aos papéis que os pais querem assumir, sendo também necessário analisar e avaliar as capacidades dos pais e

a sua participação nos cuidados, para estabelecer uma relação de colaboração e de responsabilização (Estevinho, 2004).

No âmbito do Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, negocia-se com os pais a prestação de cuidados, isto é, o que querem fazer, quando e onde, tendo a liberdade de realizar diversos cuidados. Os pais são assim gradualmente integrados na equipa, fazendo deles elementos activos no cuidar do seu filho, nos diversos cuidados, que podem ir desde à preparação e administração de alimentação, à amamentação, à higiene, ao vestuário, até aos cuidados de enfermagem, conquistando uma progressiva autonomia. Nestes cuidados os pais são sempre supervisionados por um enfermeiro para os procedimentos mais específicos, ou simplesmente para ajudar ou esclarecer alguma dúvida. A presença do enfermeiro é uma constante sendo que para Oliveira (2001, p.9) “a presença é a qualidade de estar aberto, preceptivo, pronto e disponível (...), podendo ser vivenciada num olhar empático, gestos, atitudes (...)”.

Segundo Oliveira (2001), numa UCI/IN é preciso estabelecer uma boa relação pais/recém-nascido/enfermeiro, de modo a “fazer com” envolvendo-nos como ser em todas as dimensões, para que haja o crescimento de todos os que nela participam. A participação dos pais nos cuidados diminui a angústia da separação e promove a autoconfiança relativamente às suas competências e habilidades, ultrapassando a incapacidade de cuidar do filho.

Dessa forma, os pais são estimulados a envolverem-se com os filhos, ao mesmo tempo que a vinculação pais/RN é promovida, tornando-os mais seguros no seu papel e aprendendo a identificar as respostas do seu bebé. À medida que os pais cuidam dele, vão conhecendo-o e este também começa a responder aos seus estímulos, o que constitui uma interacção é única para cada família (Brazelton e Cramer, 1989).

Cabe também ao enfermeiro promover a visita de irmãos, incentivar a mãe a amamentar o filho, pegá-lo ao colo, ou seja, estimular a família a envolver-se com o seu bebé (Oliveira, 2001).

Quando os pais não conseguem acompanhar o internamento devido a terem outros filhos ou devido a vínculos laborais precários, o enfermeiro ajuda os pais a reorganizarem-se de forma a atenderem às necessidades do filho internado e manterem o emprego.

Os registos são também um elemento fundamental na prática de enfermagem. Casey (1993) refere que devem conter as mudanças da condição de saúde da criança, a satisfação dos pais/família com a informação prestada pela equipa e as suas competências para o cuidado, incluindo também os desejos da família de envolvêcia



nos próprios cuidados. A decisão do que é importante registrar é do enfermeiro, mas deve resultar do trabalho conjunto entre enfermeiro e pais, permitindo uma avaliação da evolução do estado de saúde da criança, em resposta aos cuidados prestados.

O enfermeiro tem assim que estar atento às várias dificuldades apresentadas pelas famílias, no sentido de as ajudar e capacitar nos cuidados. É este olhar atento às necessidades globais da família que faz do enfermeiro não só um técnico, mas também um educador das famílias (Lima *et al.*, 2006). A educação para a saúde e a supervisão revelam-se assim estratégias essenciais para o desenvolvimento de cuidados em parceria com os pais, sendo agora desenvolvidas.

#### 4.2 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E SUPERVISÃO

As mudanças na percepção da saúde e dos cuidados têm valorizado cada vez mais os ensinamentos e a educação para a saúde realizada pelos enfermeiros.

Segundo Freire (1998) o processo educativo é um processo permanente de capacitação do ser humano em que o educando deve ser considerado com um ser crítico, único e capaz de reflectir e agir sobre sua realidade. Por sua vez, o educador deve ser um facilitador deste processo, através do diálogo com o educando sobre situações concretas, disponibilizando-lhe meios com os quais possa aprender.

De acordo com Russel (1996) o principal objectivo da educação para a saúde é promover alterações que tenham um impacto positivo no comportamento de saúde, entendido como o padrão de comportamento observável, as acções e os hábitos relacionados com a manutenção, com a cura e com a melhoria da saúde. As actividades realizadas neste âmbito são amplas e vão desde o aconselhamento dos utentes e família até à formação em serviço, envolvendo a educação formal e o trabalho comunitário.

Para Phaneuf (2001), o ensino ao utente é uma intervenção profissional em que o enfermeiro desenvolve um processo pedagógico, através do qual transmite informação ao utente, família ou grupo, sobre a patologia, a sua prevenção ou mesmo tratamento, para que a pessoa ou família tomem consciência das suas capacidades de autonomia e assim se responsabilizem pela evolução da situação, tendo em vista um melhor estado de saúde. O ensino pode ser planeado antecipadamente, ou espontâneo e envolve elementos cognitivos, afectivos e psicomotores, sendo por isso importante ter em conta a vivência de cada pessoa antes de planear os ensinamentos. O objectivo principal é ajudar a

pessoa /família/ grupo a desenvolver competências que lhes permitam responsabilizar-se pelo seu próprio bem-estar e tornarem-se independentes.

Ferreira e Costa (2004) destacam que o enfermeiro é responsável pelo ensino e supervisão dos cuidados até que os pais se sintam competentes para o fazer, o que exige que a acção de enfermagem seja de educação contínua, discussão, reflexão e comunicação. De realçar que, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2005b) o enfermeiro utiliza estratégias de suporte quando supervisiona cuidados que delegou no outro, mantendo a responsabilidade por esses cuidados.

Os ensinamentos e planeamento de cuidados asseguram a manutenção do estado de saúde óptimo do bebé, previnem o risco de infecção e hospitalização, maximizam a competência e a confiança parentais e minimizam o stress e ansiedade dos pais (Mckim, 1993 citado por Marques e Sá, 2004).

As actividades de ensino incluem a educação para a saúde e o treino dos familiares cuidadores. Os cuidados são individualizados e têm em conta as necessidades afectadas e a valorização da família como elemento decisivo para a promoção, manutenção e reabilitação da saúde física, mental e afectiva da criança. (Lima *et al.*, 2006).

De acordo com Phaneuf (2001), o ensino ao utente/ família pressupõe que o enfermeiro desenvolva uma relação de ajuda e um ambiente de aceitação e compreensão. De facto, para além de ser necessário que o enfermeiro disponha de capacidade de observação e de entrevista para colher os dados relativos à necessidade de aprendizagem da pessoa, dos factores facilitadores ou limitações, o comportamento do enfermeiro e a sua forma de comunicar também influenciam o ensino.

Kenner (2001) reforça esta ideia quando refere que durante o ensino e treino dos pais, o enfermeiro deve estar atento aos factores que influenciam a capacidade de aprendizagem dos pais, como a ansiedade, as experiências anteriores com doenças, a habilidade física, a capacidade mental, a cultura e a etnia, a linguagem, as relações familiares e a motivação. Assim sendo, o enfermeiro, para além de instruções verbais e material escrito, deve recorrer à demonstração, dando oportunidade aos pais de praticarem habilidades e assim observar a sua competência e confiança.

De acordo com Barros (2001a), o período de internamento do RN de risco, em que os pais estão em contacto com diversos profissionais e com outros pais a vivenciarem situações semelhantes, é “ *um tempo crucial de ensaio de novas significações e construções sobre este filho e sobre o papel de pais*”, através da reflexão e reorganização das crenças parentais.

O papel dos enfermeiros que cuidam e interagem directamente com o bebé leva a que sejam vistos pelos pais como um modelo de interacção e estimulação, orientando os pais para interpretar o comportamento do bebé. O método do enfermeiro responsável é aquele que mais facilita o desenvolvimento de uma relação forte de confiança entre enfermeiro e família (Jorge, 2004). A criança deve também ser cuidada por um número reduzido de profissionais. Ser cuidado por vários profissionais aumenta o sentido de isolamento e de desorientação, daí ser importante a continuidade dos cuidados, o planeamento de intervenções individualizadas de modo a que a criança estabeleça relações de confiança e vinculação com os novos adultos. Quando a continuidade não é viável, deve existir pelo menos uma relação apoiante com um enfermeiro que esteja presente de forma regular, o que permite diminuir a ansiedade da criança e dos pais (Barros, 1999, citando Visintainer e Wolfer, 1975). Contudo, é necessário estar atento para que a aprendizagem não promova sentimentos de incompetência parental devido ao bebé precisar de cuidados prestados por profissionais. Os pais devem ser ajudados a interpretar os sinais dos seus filhos e a identificar quais os cuidados necessários em cada fase (Barros, 2001b).

Na parceria de cuidados, a preparação da alta do RN deve iniciar-se precocemente para que possa ser gradual e sistematizada, rentabilizando o tempo de internamento. Neste contexto de ensino e de supervisão, a preparação para a alta é gradual e sistematizada, respondendo às dúvidas que surgem durante o internamento e considerando os factores que afectam a capacidade da família prestar cuidados de forma autónoma no domicílio. Dessa forma, contribui para o desenvolvimento de sentimentos de segurança, autonomia e responsabilidade pelos cuidados e bem-estar do RN, na UCI/IN e no domicílio (Ferreira e Costa, 2004).

De acordo com Charepe (2004), a preparação para alta deve respeitar o “princípio da universalidade”, que pressupõe a procura de um conjunto de respostas adequadas às necessidades de todas as pessoas, independentemente da patologia, da situação económica e social. Por outro lado, deverá realizar-se o diagnóstico de problemas, o planeamento da intervenção de forma a avaliar a autonomia dos pais, as suas dúvidas e dificuldades. A autora especifica que a intervenção de enfermagem na preparação da alta inclui a avaliação das necessidades dos pais, a preparação da sua autonomia progressiva e os cuidados antecipatórios à criança.

É de referir que o plano de ensino no momento da alta deve permitir avaliar as capacidades da pessoa para retomar o seu dia-a-dia e o seu grau de autonomia; as necessidades de aprendizagem que subsistem para evitar complicações e atingir um

estado de saúde óptimo e os recursos financeiros e humanos de que dispõem (Phaneuf, 2001).

A informação é fornecida de forma progressiva ao longo do internamento, o que permite uma gradual interiorização. É de realçar que, *“o fornecimento de informação objectiva e concreta sobre situações stressantes facilita o confronto com as mesmas, devido à formação de esquemas cognitivos que permitem aumentar o grau de previsibilidade, diminuir o grau de discrepância entre o esperado e o vivido e aumentar a capacidade do indivíduo para compreender e interpretar a experiência”* (Barros, 1999, p. 74).

Segundo Barros (2001b, p.307), a orientação desenvolvimentista considera que informar *“é participar num processo conjunto e progressivo de interpretação e construção de significações”*, o que implica partir daquilo que os pais já sabem para o fornecimento gradual de informação que é relevante ou solicitada. Para tal, é necessário estar atento às dúvidas dos pais, em vez de os sobrecarregar com informação detalhada que eles muitas vezes não consideram relevante. O tipo de atitudes educativas dos pais é influenciado pela informação que lhe foi fornecida, pelo contacto e diálogo com outros pais e com a interacção com o seu filho. Robertson (1996) afirma que o fornecimento de informação às famílias não só aumenta o seu leque de opções, como também é uma forma de reconhecer o valor da comunicação com os utilizadores dos serviços.

A educação da mãe, é muitas vezes realçada dado que, maioritariamente, é o elemento responsável pelos cuidados ao RN de risco. Por esse motivo, a educação para a saúde é muitas vezes dirigida a mãe. O principal objectivo é promover alterações que tenham um impacto positivo no comportamento de saúde, entendido como o padrão de comportamento observável, que inclui as acções e os hábitos relacionados com a manutenção, com a cura e com a melhoria da saúde (Russel, 1996).

No estudo qualitativo de Arockiasamy *et al.* (2008) acerca da experiência do pai na UCI/IN, a informação foi também referida por todos os pais como um factor decisivo para um sentido de maior controlo, embora não haja consenso entre a suficiência da informação. Simultaneamente, a comunicação com a equipa multidisciplinar é também considerada fundamental para se sentirem mais seguros. É interessante verificar que os pais referem a coerência da informação como uma característica importante, desejando ter um médico e enfermeira de referência com quem possam falar.

Ainda neste estudo, os pais voltam a destacar a importância da informação como uma das formas de apoio que mais contribuem para o ganho de controlo, juntamente com as relações com a família/amigos/equipa de saúde. Mais especificamente, destacaram as

interacções com a equipa multidisciplinar como facilitadoras, referindo em número reduzido as relações com outros pais de RN de risco como facilitadoras. Esclareceram também que é positivo receberem informação escrita, descrevendo as principais situações clínicas.

Segundo Charepe (2004) o enfermeiro deve informar os pais dos cuidados a prestar e demonstrá-los, atento à complexidade real e percebida das tarefas, à disponibilidade dos pais, ao grau de conhecimento e interesse manifestado. Ausloos (1996, p.70) cita Bateson ao referir que *“a informação, é uma diferença que faz a diferença”*.

Phaneuf (2001) enuncia alguns princípios pedagógicos relativos aos ensinamentos ao utente e família, nomeadamente:

- Incentivar a pessoa ou a família a participar na elaboração de objectivos, de forma a motivá-los e facilitar a elaboração das suas próprias representações;
- Escolher o momento adequado, evitando as situações em que a pessoa está fatigada ou em sofrimento;
- Avaliar o conforto da pessoa durante o ensino, tendo em conta os períodos de repouso e sinais de desconforto;
- Desenvolver os ensinamentos a partir do que a pessoa já conhece, para aquilo que desconhece;
- Partir do mais simples para o mais complexo;
- Ligar explicações abstractas a situações concretas através de comparações, esquemas e metáforas;
- Adequar os recursos ao estilo de aprendizagem de cada pessoa;
- Utilizar frases curtas e uma linguagem simples, evitando termos médicos e explicando os termos especializados que são essenciais para o ensino,
- Realizar repetições intencionais para facilitar a retenção de determinadas ideias-chave;
- Tornar a aprendizagem significativa relacionando-a com a experiência pessoal de cada um;
- Exemplificar logo após a exposição teórica;
- Usar perguntas abertas ou exemplos de aplicação para verificar a compreensão;
- Usar o reforço positivo para encorajar;
- Respeitar o ritmo de aprendizagem;
- Planear o ensino em várias sessões de forma a facilitar a aprendizagem,

- Não exigir demais da pessoa para não provocar stresse, nem prejudicar a auto-estima.

De acordo com Kenner (2001), o ensino deve ter em conta os níveis de aprendizagem:

1. O enfermeiro executa os cuidados ao RN, explicando o que faz e porquê, enquanto que os pais assistem
2. Os pais participam nos cuidados ao RN com o auxílio do enfermeiro
3. Os pais executam os cuidados ao filho com supervisão do enfermeiro.

Este tipo de intervenção proporciona o desenvolvimento de competências, de segurança e de satisfação. A presença dos pais tornar-se numa situação de aprendizagem, orientando-os para as necessidades básicas e específicas do RN e para as respostas dirigidas para a protecção e promoção da saúde.

O processo de enfermagem e os ensinamentos estão interligados, sendo frequente o plano de cuidados incluir aspectos relativos à educação do utente e família. De acordo com Phaneuf (2001), o processo de ensino deve ser estruturado da mesma forma que o processo de enfermagem, ou seja, deve ser iniciado por uma colheita de dados sobre a pessoa e a família e as suas necessidades de aprendizagem, sendo depois analisados o que permite planear os ensinamentos, que posteriormente são realizados e avaliados. As várias etapas consistem em:

- Colheita de dados: o enfermeiro deve identificar em primeiro lugar o que a pessoa já conhece para depois identificar as necessidades de aprendizagem e os factores que podem influenciar a aprendizagem, como o grau de compreensão da língua utilizada, a motivação da pessoa para aprender (relacionada com a dimensão afectiva), as suas capacidades intelectuais, o seu estado físico, o seu estágio psicológico (ansiedade, confiança no pessoal, adaptação à doença), grau de educação, influência da cultura, religião e ocupação na percepção de saúde e a sua rede de suporte.

- Análise da informação: a análise permite identificar as necessidades de ensino da pessoa e as estratégias a adoptar.

- Planificação do ensino: Esta etapa envolve vários aspectos, nomeadamente, a elaboração de objectivos de aprendizagem simples, que são intenções pedagógicas e

que se referem à compreensão da pessoa, à sua capacidade de enumerar, identificar determinados elementos ou desempenhar actividades. Na planificação organiza-se também o conteúdo a ensinar numa sequência lógica, de acordo com as capacidades da pessoa e com o tempo disponível. É ainda nesta fase que se escolhem os recursos e os métodos pedagógicos que podem ir desde as exposições estruturadas, até à demonstração e às conversas familiares. Estas últimas são um método a privilegiar, uma vez que se desenvolvem de uma forma descontraída e promovem o diálogo e a interacção. O enfermeiro pode entregar complementos de informação (textos, desdobráveis, fotos).

- Execução do plano de ensino: O enfermeiro deve ser flexível na execução do seu plano de ensino, tendo em consideração o estado da pessoa ou a organização dos cuidados, que podem sofrer alterações imprevistas.

- Avaliação da aprendizagem: Neste momento o enfermeiro avalia aquilo que a pessoa aprendeu e o que consegue realizar na sequência do ensino. Ou seja, verifica se os objectivos de aprendizagem foram atingidos e também a eficácia do ensino, completando, se necessário, com outros objectivos. A avaliação é realizada através de questões verbais ou escritas ou através de uma demonstração.

Se for do interesse do enfermeiro, poderá também realizar a avaliação do ensino (etapa não obrigatória), pedindo à pessoa a sua apreciação e satisfação com o ensino, o que permite ao enfermeiro obter um feedback e talvez efectuar melhorias no processo de ensino.

Os registos de enfermagem devem também incluir a satisfação dos pais com a informação fornecida pela equipa e as suas competências para o cuidado (Casey, 1993).

De acordo com Lima *et al.* (1999) a supervisão, orientação e educação para a saúde são instrumentos de trabalho fundamentais que o enfermeiro dispõe para potencializar as capacidades dos pais. É também relevante frisar que o enfermeiro deve contribuir para o desenvolvimento de competências profissionais dos recursos humanos da equipa multidisciplinar, naquilo que está relacionado com a parceria de cuidados. Para que esta seja verdadeiramente possível, como sinónimo de partilha de conhecimentos, poderes e espaços é necessário também o desenvolvimento de valores e atitudes que a permitam, tanto da parte dos profissionais, como da parte dos pais.

Devido ao desenvolvimento de todas estas acções, os profissionais das UCI/IN desempenham um papel preponderante na facilitação da relação entre pais e RN de risco e no desenvolvimento de atitudes e comportamentos que promovem a sua autonomia, para que no momento da alta estejam preparados para assumir a total responsabilidade dos cuidados ao bebé (Barros, 2001b). É fundamental motivar os pais para a aprendizagem activa e desenvolver o seu sentido de competência e de controlo, o que irá repercutir-se ao nível do desenvolvimento do RN. Simultaneamente, Sugano *et al.* (2003) referem que a percepção do enfermeiro como alguém que informa, orienta e apoia, contribui também para o fortalecimento e definição de uma identidade profissional.

À medida que os pais vão desenvolvendo competências e prestando cuidados, o enfermeiro avalia todo esse processo, identificando necessidades de reforço de ensino e de supervisão mais ou menos directiva. A avaliação vai ser seguidamente analisada como um meio que permite ao enfermeiro perceber as competências parentais na prestação dos cuidados ao RN de risco, desenvolvendo a partir daí estratégias de ajuda aos pais.

#### 4.3 - AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DOS PAIS

Globalmente, a avaliação é uma operação particular de ler a realidade, na qual tomamos uma posição mediante uma grelha de indicadores que exprime uma determinada exigência. É o momento em que se confrontam os objectivos delineados com os resultados, o que implica a confrontação entre dados de uma realidade, com os dados que se pretendiam alcançar, ou seja, implica relacionar um referido e um referente e envolve toda uma apreciação e um julgamento (Hadji, 1994). A avaliação centra-se também em duas realidades distintas: a realidade daquele que constrói o juízo e a realidade daquele ou daquilo sobre o qual incide o juízo, ainda que se trate de uma auto-avaliação.

De acordo com Barbosa (1999) avaliar é uma análise de situações, de consequências e implica verificar a existência de conhecimentos ou de competências, situar alguém relativamente a um parâmetro e julgar, transmitindo um valor a alguém.

Avaliar exige referentes específicos ou padrões para que seja possível fazer uma leitura da realidade. É extremamente complexa e engloba todo um processo, composto por várias etapas. Como tal envolve um propósito, técnicas, um diagnóstico e um parecer final (Barbosa, 1999). Mais ainda, na avaliação realiza-se a verificação de conhecimentos



e de aprendizagens, efectuam-se diagnósticos de forma a levantar necessidades e elaboram-se prognósticos, no sentido de delinear estratégias de acção. A avaliação não serve apenas para certificar, mas também para regular o processo de ensino-aprendizagem e orientar as modalidades de estudo mais adequadas. Com base nestas diferentes funções existem diferentes tipos de avaliação: a diagnóstica, a formativa e a sumativa.

Na avaliação é importante aceder aos dados relativos ao êxito na aquisição de conhecimento dos sujeitos, mas também às influências exercidas sobre eles. A avaliação tem de se contextualizada e não redutora, sendo por isso subjectiva, individual e o avaliador insubstituível. É um processo inacabado, dado que exige a actualização de referentes (Hadji, 1994). Segundo Barbosa (1999), cada avaliador deve conhecer o avaliado enquanto indivíduo, e enquanto formando, para que a avaliação assuma as funções de orientar, organizar as redes de comunicação e de facilitar a aprendizagem. Durante a avaliação deve existir um bom momento de comunicação com o formando, de informação acrescida e de co-gestão de aprendizagens.

A avaliação, apesar de ser um processo complexo e marcado por elementos subjectivos derivados na nossa percepção, promove o desenvolvimento, uma vez que é uma forma de feedback e um momento que pode ser considerado como gerador de conhecimento e de competência (Bastos *et al.*, 1999).

Para Pais e Monteiro (2002, p.45) a dificuldade mais acentuada da avaliação é o facto de se emitir juízos de valor e de “*privilegiar saberes, maneiras de ser e de estar*”, dependendo dos actores e das situações. Não é um fim em si mesma, sendo por isso necessário negociar critérios de avaliação e clarificar aos interveniente os objectivos, normas e modelos segundo os quais as aprendizagens vão ser avaliadas.

As autoras afirmam que o formador deve ajudar o formando a responsabilizar-se pela sua aprendizagem, desenvolvendo a autonomia, o que implica que o formando esteja familiarizado com a hetero-avaliação, auto-avaliação e co-avaliação. A auto-avaliação permite ao formando regular o processo de aprendizagem, antecipando processos para facilitar a aprendizagem e identificar os aspectos a melhorar e as alternativas. No âmbito do processo de ensino-aprendizagem é necessário dialogar e negociar com o formando para definir objectivos, planificar actividades e avaliar produtos. A negociação leva a que os formandos se sintam mais implicados e agentes do seu desenvolvimento. Dessa forma, a avaliação assume-se progressivamente como mais formativa, interactiva e partilhada, ao mesmo tempo que se torna integrada, contínua, reguladora e individualizada.

A avaliação tem diferentes propósitos, por vezes antagónicos como o controlo, a regulação, a melhoria do objecto em avaliação e a produção de conhecimento. No entanto, é um processo de procura de sentidos que convergem para a melhoria da qualidade do objecto em avaliação.

Tal como refere Fernandes (2007), um dos objectivos da avaliação actual é contribuir para melhorar a vida das pessoas, de forma a promover a aceitação e a diversidade de perspectivas. A avaliação é um conceito multidimensional e é sinónimo de desenvolvimento. Simultaneamente, permite ajudar o formando a detectar as áreas onde deve investir e as potencialidades que pode desenvolver.

A avaliação é a última etapa dos cuidados de enfermagem. Segundo Phaneuf (2001) é bastante complexa uma vez que compreende um conjunto vasto de elementos e consiste em realizar um julgamento comparativo e sistemático sobre o estado da pessoa cuidada, considerando os objectivos e o prazo estabelecidos. Destaque-se que, por a avaliação ser a última etapa do processo de enfermagem, não quer dizer que seja uma etapa isolada. O processo de enfermagem é dinâmico e a avaliação pode ser realizada a qualquer momento, podendo até servir para a determinação de outro objectivo. A avaliação é contínua e movimenta todo o ciclo do processo de cuidados de enfermagem.

A avaliação pode ser realizada de diferentes formas, sendo a mais comum a verificação dos objectivos, uma vez que é mais rápida e global. Contudo a avaliação pode também ser efectuada através de uma abordagem etiológica, verificando se a causa do problema foi erradicada; os resultados obtidos com cada intervenção ou ainda verificar se as manifestações de dependência desapareceram. O enfermeiro avalia através do comportamento da pessoa, do diálogo com ela e da consulta de registos.

A autora refere que o processo de avaliação é composto por três etapas:

- Observação e colheita de dados,
- Verificação do progresso efectuado para atingir o objectivo,
- Julgamento sobre o alcance (ou não) do objectivo.

Mais especificamente o processo de avaliação inicia-se pela colheita de dados sobre o estado da pessoa no momento de avaliação do objectivo, de forma a fundamentar o seu julgamento. Seguidamente, compara o objectivo estabelecido com a situação actual, verificando o desvio entre o estado real da pessoa e o pretendido pelas intervenções do enfermeiro. Por último, efectua o julgamento sobre se o objectivo foi ou não atingido.

Os elementos do processo de avaliação em enfermagem são o alcance dos objectivos ou os resultados obtidos, todo o processo realizado e a satisfação da pessoa, de forma a garantir a qualidade dos cuidados.

Quando a avaliação não corresponde às expectativas e a avaliação dos resultados não clarifica as razões da não progressão, devem ser analisados o diagnóstico de enfermagem, a colheita de dados e as intervenções estabelecidas.

De acordo com Kenner (2001) o enfermeiro deve avaliar os pais, desde o início, de forma calma e directa, incluindo:

- A idade e a experiência como pais e a história de nascimentos anteriores,
- Compreensão e sentimentos relativamente à situação do RN,
- Preocupação com a assistência ao RN,
- Resposta ao ambiente da UCI/IN.

A avaliação por parte da equipa de enfermagem deve ser realizada continuamente através da eficiência do plano de cuidados. De realçar que os resultados de algumas intervenções à família podem não ser completamente visíveis antes da alta. Assim, o enfermeiro deve avaliar alguns elementos fundamentais que remetem para autonomia e responsabilização dos pais nos cuidados ao RN, entre os quais:

- Conhecimento e habilidade para prestar cuidados ao RN durante a hospitalização;
- Identificação de sistemas de apoio a que podem recorrer após a alta;
- Comportamentos verbais e não verbais demonstrados pelos pais, indicativos de um nível moderado de satisfação em suprir as necessidades do RN;
- Percepção realista da condição do RN;
- Vontade de levar o RN para casa;
- Capacidade de estabelecer vinculação com o RN;
- Adaptação à mudança da estrutura familiar.

A avaliação das capacidades e da motivação dos pais para os cuidados ao RN também é realizada através da observação da destreza na realização de cuidados e na sua atitude o que envolve a observação da linguagem corporal, expressão facial e questionamento pertinente (Charepe, 2004).

A experiência da hospitalização é também determinada pela duração do internamento, uma vez que quando a criança fica internada durante um longo período de tempo, a sua vida organiza-se mediante as rotinas hospitalares. Por sua vez, o tempo de

hospitalização é influenciado pela avaliação de competências familiares para se adaptarem aos tratamentos e cuidar da criança, preparando a alta de forma progressiva e realizando ensinamentos adequados e individualizados (Barros, 1999).

Phaneuf (2001) acrescenta que a avaliação engloba a própria evolução do enfermeiro relativamente à sua responsabilidade enquanto prestador de cuidados, podendo avaliar a eficácia das suas acções através da reflexão crítica. As finalidades da avaliação no processo de enfermagem são:

- Verificar como os objectivos foram atingidos,
- Identificar o que pode ser aperfeiçoado,
- Corrigir as acções necessárias,
- Garantir a qualidade dos cuidados.

A autora menciona ainda que a avaliação assegura a qualidade dos cuidados, através da verificação contínua da pertinência das intervenções relativamente aos resultados, o que permite melhorar os cuidados. Dessa maneira, a avaliação enquanto etapa do processo de enfermagem insere-se nas políticas globais de avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem. Estas baseiam-se também na informação obtida através da colheita de dados e do plano de cuidados, o que reflecte a importância dos enfermeiros estarem fundamentados acerca da sua prática e de planificarem e documentarem os cuidados.

No desenvolvimento do processo de enfermagem mediante a parceria de cuidados é essencial obter a opinião dos pais sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Procurar conhecer a sua satisfação com os cuidados prestados nas UCI/IN deve ser uma prioridade dos enfermeiros, sendo por isso desenvolvida no próximo sub-capítulo.

#### 4.4 - SATISFAÇÃO DOS PAIS DOS RN DE RISCO COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA UCI/IN

Existe um interesse crescente na satisfação dos utentes como um indicador da qualidade dos cuidados. Neste contexto, os enfermeiros das UCI/IN devem valorizar a satisfação dos pais com os cuidados de enfermagem, para atenderem às necessidades identificadas pelos pais e desenvolverem estratégias e acções de melhoria contínua da qualidade. De facto, o desenvolvimento dos cuidados em parceria, centrados na família e

atraumáticos não faz sentido se não ouvirmos o juízo daqueles que são o objecto dos cuidados de enfermagem.

De acordo com Pascoe (1983) citado por Peterson *et al.* (2005) a satisfação do utente é uma reacção aos cuidados de saúde nos aspectos relativos ao processo e resultado dos serviços prestados. É uma avaliação cognitiva e emocional relativamente aos cuidados de saúde recebidos. A satisfação dos utentes é considerada um conceito subjectivo e multidimensional, dependente das características sócio-demográficas, da saúde física e mental e das expectativas do utente. Outros factores que influenciam a satisfação dos utentes são a acessibilidade e a eficácia/eficiência dos cuidados, a componente tecnológica, a relação entre utente e profissionais de saúde, os resultados e a continuidade dos cuidados (Peterson *et al.*, 2005).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2005b), os objectivos dos enfermeiros centram-se na obtenção dos mais elevados níveis de satisfação dos utentes.

Como elementos relevantes para a sua satisfação relativamente aos cuidados de enfermagem consideram-se:

- O respeito pelas capacidades, crenças e valores do utente e família;
- O estabelecimento de empatia com o utente e família;
- O estabelecimento de parcerias entre enfermeiro/utente e família no planeamento do processo de cuidados, com o envolvimento de pessoas significativas para o utente;
- A minimização do impacto negativo da hospitalização no utente e família.

Segundo Conner e Nelson (1999) a preocupação com a satisfação dos pais com os cuidados neonatais não é recente, contudo, a investigação nesta área é ainda um pouco limitada, sendo necessários estudos e instrumentos para medir a satisfação dos pais e identificar os aspectos que têm maior importância para eles. Só assim será possível determinar as necessidades e expectativas dos pais e direccionar esforços para melhorar a qualidade dos cuidados.

As autoras partem de onze estudos que exploram a satisfação dos pais de RN em unidades de cuidados intensivos através de entrevistas e, definem onze categorias para a satisfação dos pais com os cuidados neonatais:

- A segurança,
- O cuidar,
- A informação consistente,
- A educação,

- A comunicação,
- O ambiente,
- O controlo da dor,
- A participação nos cuidados,
- O acompanhamento,
- A proximidade,
- O apoio.

De destacar que a comunicação é o aspecto mais referido pelos pais relativamente a sua satisfação, desejando a partilha de informação e o diálogo honesto. A forma com a informação é comunicada foi também identificada como importante para a percepção das interações. Os pais consideram também importante o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados ao RN, de forma a estarem preparados para cuidar em pleno no momento da alta. Para além disso, os pais referiram ainda que ao longo do internamento têm necessidade de desabafar e expressar os seus sentimentos com os enfermeiros e de sentirem-se aceites e cuidados, valorizando as oportunidades de serem ouvidos e uma abordagem sensível a esse aspecto.

Conner e Nelson (1999) fazem também uma análise de alguns instrumentos para medir a satisfação dos pais com os cuidados neonatais, como *The Parent Feedback Questionnaire*, *Neonatal Index of Parent Satisfaction*, *Inpatient Parent Satisfaction – Children’s Hospital Minneapolis*, *Picker Institute Inpatient Neonatal Intensive Care Unit Survey* e *Neonatal Intensive Care Unit – Parent Satisfaction Forum*. Concluem que nenhum destes instrumentos é eficaz na medição da satisfação dos pais, não tendo sido completamente testados e validados, ao mesmo tempo que isolam a satisfação do processo de prestação de cuidados.

Com o objectivo de determinar os factores que influenciam a satisfação dos pais com os cuidados intensivos a prematuros, McCormick *et al.* (2008) aplicaram telefonicamente aos pais um questionário, 3 meses após a alta clínica de 677 prematuros, nascidos entre as 30 e 34 semanas de gestação e internados em 10 hospitais da Califórnia e de Massachusetts. O questionário incluía uma escala de 12 itens tipo Likert e abordava temáticas como a educação, a informação e o apoio emocional prestados pela equipa de saúde. Incluía ainda as características sócio demográficas e a existência ou não de história e tratamento de infertilidade. Nos processos clínicos foram obtidos os dados relativos a toda a evolução pré, peri e neonatal.

Os resultados obtidos por estes autores revelam que a satisfação dos pais com os cuidados neonatais era variável entre os 10 hospitais. Os factores mais preditivos da satisfação dos pais foram, por ordem crescente, a história/tratamento de infertilidade, as características sócio-demográficas e a avaliação dos pais acerca da saúde da criança no momento da aplicação do questionário, isto é, o estado de saúde da criança 3 meses após a alta.

Por sua vez, Ngui e Flores (2006) realizaram um estudo com o objectivo de analisar as disparidades raciais/étnicas na satisfação dos pais com os cuidados prestados a crianças com necessidades de saúde especiais. Para tal analisaram os resultados obtidos entre 2000 e 2002 relativamente à satisfação dos pais de 38 886 crianças com necessidades de saúde especiais, nos Estados Unidos da América.

Os autores verificaram que os mais insatisfeitos com os cuidados de saúde eram os pais hispânicos (16%), seguidos pelos de raça negra (13%), e os menos insatisfeitos eram os de raça branca (7%). Contudo, esta diferença na satisfação dissipou-se quando se cruzaram variáveis como a adequação dos cuidados centrados na família, a falta de segurança e a gravidade da situação clínica da criança.

Entre outros factores, os autores concluíram que as políticas e estratégias que reduzem as barreiras de linguagem e os cuidados centrados na família possuem o potencial de reduzir as disparidades raciais/étnicas com a satisfação com os cuidados.

A percepção dos pais acerca dos cuidados de enfermagem influencia também a sua satisfação. Sugano *et al.* (2003) desenvolveram um estudo qualitativo em que um dos objectivos foi conhecer as percepções das mães acerca da prestação de cuidados de enfermagem. Este estudo foi realizado numa unidade de internamento pediátrico do Hospital Escola do município de São Paulo, durante o segundo semestre de 2000 e foram entrevistadas, individualmente, 8 mães acompanhantes das crianças internadas. Os discursos foram depois submetidos à análise de conteúdo.

Como resultados deste estudo as autoras obtiveram que as mães relataram que confiam nos enfermeiros e salientaram a forma maternal com que estas tratam as crianças, nomeadamente, os cuidados que são prestados, o carinho, as brincadeiras e o sorriso. A representação da enfermagem esteve sempre ligada às qualidades maternais, enfatizadas pelas mães como positivas. Por outro lado, houve também mães que valorizaram a disponibilidade e a capacidade de compreensão, bem como o seu papel de educadora, no sentido de informar, orientar e apoiar as mães acerca do tratamento dos seus filhos. No geral, os cuidados prestados pela equipa de enfermagem foram considerados bons ou muito bons.

Num estudo exploratório e descritivo sobre a parceria de cuidados entre pais e enfermeiros, realizado a nível nacional por Estevinho (2004), os resultados indicam que as mães perspectivam os enfermeiros como promotores do empowerment, ajudando-as na aquisição de competências, na tomada de decisão e na negociação dos cuidados. A participação nos cuidados leva as mães a definir objectivos, planear e executar actividades, o que as faz sentir mais úteis e preserva o papel maternal. Neste estudo, as mães valorizaram ainda o facto do enfermeiro explicar e demonstrar como se prestam os cuidados, salientando ainda a supervisão e presença do enfermeiro como facilitadoras da aquisição de competências e crescente responsabilização.

No estudo de Kamada e Rocha (2006), os pais valorizaram os cuidados de enfermagem, referindo que os RN são cuidados com delicadeza e segurança e que a equipa de enfermagem demonstra-se atenciosa e competente, dando-lhes confiança e reduzindo a ansiedade.

Estes estudos demonstram que a melhoria contínua da qualidade na UCI/IN passa assim por valorizar a satisfação dos pais com os cuidados de enfermagem prestados. Promover a qualidade inclui a adopção de uma prática mais fundamentada, racional, estruturada e dirigida para a melhoria dos processos e das estratégias, bem como a valorização das trocas entre a instituição e comunidade educativa. A utilização de um modelo estruturado e sistematizado de qualidade permite à organização centrar-se no utente, definir objectivos, otimizar recursos, ter uma visão sistémica e ecológica dos processos, ter em conta as dimensões colectivas e as interacções, a monitorização contínua e a produção de informação fidedigna que permita a tomada de decisão consciente (Abreu, 2007).

A acção conjunta da equipa multidisciplinar é fundamental, sendo que todo o pessoal da UCI/IN deve trabalhar em equipa de forma a maximizar as intervenções com os pais, que vão das mais gerais como o acolhimento com as mais específicas, que vão desde a informação sobre o tratamento como a técnicas de estimulação do bebé (Barros, 2001b).

A filosofia da parceria de cuidados, dos cuidados atraumáticos e centrados na família revela-se um parâmetro da qualidade dos cuidados, conduzindo à satisfação da criança e família através da valorização do papel dos pais nos cuidados, incentivando-os e educando-os mediante a observação e supervisão dos seus comportamentos e desempenhos.

Em particular, a parceria de cuidados apresenta diversas vantagens, como ganhos em saúde, aumento de eficiência e satisfação dos diferentes elementos do



processo. De facto, a parceria permite perspectivar as situações de uma forma mais rica e a partilha de conhecimentos (Diniz, 2005).

Os pais percebem a preocupação em integrá-los nos cuidados e a atenção prestada por parte dos enfermeiros como um sinal de qualidade dos cuidados de enfermagem. Para além disso, reconhecem que os cuidados em parceria proporcionam que se sintam mais confortáveis no ambiente hospitalar, existindo comunicação e prestação de cuidados individualizados. De realçar que a satisfação com os cuidados depende em grande parte do relacionamento que o enfermeiro tem com os pais (Wong, 1999).

Actualmente é também considerado que a qualidade dos cuidados prestados ao RN de risco inclui a protecção do vínculo com alguém que é ou poderá vir a ser significativo para a criança (Gomes-Pedro, 1997, citado por Ferreira e Costa, 2004).

No estudo qualitativo de Cunha (2000), anteriormente mencionado, verificou-se predominantemente que os pais referem satisfação relativamente aos cuidados que tanto eles como os seus filhos RN receberam.

É ainda de valorizar que trabalhar em parceria com a família leva os enfermeiros a desenvolverem competências de trabalho de grupo, de comunicação e ensino o que se traduz em melhorias na sua prática e no aumento de qualidade dos cuidados.

Em suma, a satisfação parental é também um conceito multidimensional e os pais têm também de ser vistos como consumidores de cuidados neonatais, sendo necessário conhecer as suas necessidades e exceder as suas expectativas.

Com este sub-capítulo conclui-se a primeira parte deste estudo, seguindo-se a contribuição empírica.

**PARTE II**  
**CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA**

## **II – CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA**

Após a revisão bibliográfica, segue-se a contribuição empírica, constituída pela parte experimental. Encontra-se sistematizada em metodologia, resultados, discussão e conclusão.

### **1 - METODOLOGIA DE ESTUDO**

De acordo com Barros e Leltfeld (1986) a metodologia pode ser definida como o estudo da melhor maneira de abordar determinados problemas, identificando a maneira de encontrar soluções.

Fortin (1999) refere que na fase metodológica são determinados os métodos necessários para atingir a resposta aos objectivos definidos, o que implica escolher um desenho de investigação adequado ao estudo pretendido, definir a amostra e escolher os métodos de colheita de dados. Neste capítulo apresentamos o tipo de estudo, os objectivos, as hipóteses e variáveis, a amostra, os instrumentos de colheita de dados, o estudo psicométrico das escalas, o estudo-piloto, os procedimentos e os procedimentos éticos.

#### **1.1 – TIPO DE ESTUDO**

O tipo de estudo relaciona-se com os objectivos da investigação. Trata-se de um estudo de metodologia mista, predominantemente quantitativo e com uma parte qualitativa. O estudo quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados quantificáveis, neste caso através dos questionários de auto-relato, em que se pretende verificar relações entre variáveis. Conduz a resultados que devem conter o menor enviesamento possível e a objectividade e a generalização são algumas das características desta abordagem, que contribui para o desenvolvimento e validação de conhecimentos. Já a parte qualitativa deste estudo é devida à existência de perguntas abertas em duas das três escalas utilizadas e, caracteriza-se pela descrição e interpretação que permite compreender um fenómeno segundo a perspectiva dos sujeitos (Fortin, 1999).

Este estudo é correlacional, na medida em que se pretende verificar a força e a direcção das relações existentes entre as variáveis em estudo, apoiando-se em trabalhos de investigação anteriores (Fortin, 1999).

É um estudo transversal uma vez que vai decorrer num determinado período de tempo.

## 1. 2 – OBJECTIVOS

De acordo com Fortin (1999), os objectivos de um trabalho de investigação devem ser empíricos, pertinentes, precisos e centrados no problema.

O objectivo geral deste trabalho é: correlacionar a auto-avaliação das competências parentais nos cuidados ao RN de risco com a satisfação dos pais e com a avaliação dos enfermeiros, no âmbito da prática de enfermagem familiar.

Os objectivos específicos deste trabalho de investigação são:

Objectivo 1: Identificar se os progenitores cuidadores se sentem competentes na prestação de cuidados ao RN de risco, próximo da alta clínica.

Objectivo 2: Verificar se os factores sócio-demográficos do progenitor, as complicações da gravidez e a existência de outros filhos se relacionam com a auto-avaliação de competências nos cuidados ao RN de risco.

Objectivo 3: Avaliar a relação entre o tempo de internamento do RN e a auto-avaliação de competências parentais.

Objectivo 4: Avaliar a relação entre as semanas de gestação do RN e a auto-avaliação de competências parentais nos cuidados ao RN de risco.

Objectivo 5: Avaliar a relação entre a auto-avaliação das competências parentais nos cuidados ao RN de risco e a avaliação realizada pelo enfermeiro.

Objectivo 6: Identificar se os progenitores cuidadores de RN internados estão satisfeitos com os cuidados de enfermagem prestados.

Objectivo 7: Verificar se os factores sócio-demográficos do progenitor, as complicações da gravidez, as semanas de gestação, o tempo de internamento e a existência de outros filhos se relacionam com a satisfação com os cuidados de enfermagem.

Objectivo 8: Avaliar a associação entre a auto-avaliação de competências parentais nos cuidados ao RN de risco e a satisfação dos pais com os cuidados de enfermagem.

Objectivo 9: Avaliar se existe associação entre prática de enfermagem centrada na família e a formação, categoria profissional e tempo de serviço dos enfermeiros.

Objectivo 10: Identificar as vantagens, problemas e procedimentos que os enfermeiros das UCI/IN reconhecem no âmbito da prática de enfermagem familiar.

### 1.3 - HIPÓTESES E VARIÁVEIS

De acordo com Fortin (1999) a hipótese é um enunciado formal acerca da relação esperada entre duas ou mais variáveis, numa determinada população.

As hipóteses deste estudo são:

**H<sub>1</sub>**: Há relação entre a auto-avaliação de competências parentais nos cuidados ao RN de risco e os seguintes factores: a idade, o sexo, a zona de residência, o estado civil, as habilitações literárias e a profissão do progenitor cuidador; as complicações durante a gravidez e a existência de mais filhos.

**H<sub>2</sub>**: Os progenitores cujos RN tiveram um tempo de internamento mais longo apresentam uma auto-avaliação de competências nos cuidados mais elevada.

**H<sub>3</sub>**: Há relação entre as semanas de gestação do RN e a auto-avaliação de competências parentais.

**H<sub>4</sub>:** Há relação entre a auto-avaliação das competências nos cuidados ao RN de risco realizada pelo progenitor cuidador e a avaliação de competências parentais nos cuidados ao RN de risco realizada pelo enfermeiro.

**H<sub>5</sub>:** Há relação entre a satisfação dos progenitores cuidadores com os cuidados de enfermagem e os seguintes factores: a idade, o sexo, a zona de residência, o estado civil, as habilitações literárias e a profissão do progenitor cuidador; as complicações durante a gravidez, as semanas de gestação, o tempo de internamento e a existência de mais filhos.

**H<sub>6</sub>:** Os progenitores cuidadores cuja auto-avaliação de competências parentais nos cuidados ao RN é mais elevada apresentam um nível de satisfação com os cuidados de enfermagem mais elevado.

**H<sub>7</sub>:** Há relação entre a prática de enfermagem centrada na família e: as habilitações literárias dos enfermeiros, a categoria profissional, o tempo de serviço como enfermeiro, o tempo de serviço como enfermeiro de Neonatologia e o método de trabalho.

Por sua vez, as variáveis são definidas como características e atributos dos elementos da população em estudo, podendo assumir diferentes valores ou categorias (Fortin, 1999). A variável independente é manipulada pelo investigador de forma a estudar os efeitos na variável dependente.

As variáveis independentes são:

- a idade, o sexo, o estado civil e a zona de residência do progenitor cuidador,
- as habilitações literárias e a profissão do progenitor cuidador,
- as habilitações literárias do enfermeiro,
- o tempo de serviço como enfermeiro e como enfermeiro de neonatologia,
- a categoria profissional do enfermeiro,
- o método de trabalho,
- a existência de complicações durante a gravidez,
- as semanas de gestação,
- o tempo de internamento do RN de risco,
- a existência de outros filhos,

- o diagnóstico do RN de risco,
- o tempo que o progenitor cuidador acompanha o RN de risco,
- o interesse do progenitor no RN de risco segundo o enfermeiro,
- a patologia ou comportamento de risco susceptível de limitar o progenitor nos cuidados

As variáveis dependentes são:

- a avaliação e a auto-avaliação de competências parentais nos cuidados ao RN de risco,
- a satisfação do progenitor cuidador com os cuidados de enfermagem prestados na UCI/IN,
- a prática de enfermagem familiar.

Ressalva-se que nas hipóteses 4 e 6 a auto-avaliação de competências parentais nos cuidados ao RN de risco assume-se como variável independente.

#### 1. 4 – AMOSTRA

A amostra é uma réplica em tamanho mais reduzido da população-alvo. É considerada representativa quando as suas características se assemelham o mais possível às da população-alvo (Fortin, 1999).

A amostra do estudo-piloto (pré-teste) é constituída por 10 enfermeiros da Unidade de Cuidados Intermédios de Neonatologia (UCIN) do HIP e por 10 progenitores cuidadores cujos RN estiveram internados nesta unidade.

A amostra do estudo de supervisão em enfermagem neonatal é constituída pelos 36 enfermeiros da UCIN e Serviço de Pediatria do HIP e por 101 progenitores cuidadores cujos filhos recém-nascidos estiveram internados na UCIN do HIP entre Abril e Julho de 2009.

É de salientar que o progenitor cuidador é o pai e/ou a mãe com quem se negociaram os cuidados após prévio ensino, e que é responsável pela prestação de cuidados ao RN de risco.

## 1.5 – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Os instrumentos de colheita de dados utilizados neste estudo são três questionários de auto-relato, que são descritos seguidamente.

- Questionário de Auto-avaliação de Competências Parentais nos Cuidados ao RN de Risco e de Satisfação com os Cuidados de Enfermagem (Anexo 1).

Este questionário foi elaborado propositadamente para esta investigação e é entregue ao progenitor cuidador, a partir dos cinco dias antes da alta clínica. É composto por três partes:

### ➤ 1. Caracterização do progenitor cuidador

Nesta parte do questionário pretendemos obter alguns dados sócio-demográficos do progenitor cuidador, mas também, obter dados relativos à existência de complicações da gravidez, às semanas de gestação aquando o nascimento, ao tempo de internamento do RN e à existência de outros filhos. As variáveis que não é possível medir directamente foram operacionalizadas da seguinte forma:

#### **Habilitações literárias do progenitor cuidador**

De acordo com o sistema educativo as habilitações literárias podem ser classificadas em:

- Ensino Básico:
  - 1º ciclo (1º ao 4º ano)
  - 2º ciclo (5º e 6º ano)
  - 3º ciclo (7º ao 9º ano)
- Ensino Secundário (10º ao 12º ano)
- Ensino Superior (graus de Bacharelato, Licenciatura, Mestrado e Doutoramento)

#### **Profissão do progenitor cuidador**

A profissão foi classificada tendo como base a Classificação de Graffar que inclui:

- 1º grau: Directores de bancos e de empresas, licenciados, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente.



- 2º grau: Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, preitos, técnicos e comerciantes.
- 3º grau: Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres-de-obra.
- 4º grau: Operários especializados com ensino primário completo (ex. motoristas, polícias, cozinheiros).
- 5º grau: Trabalhadores manuais ou operários não especializados (ex: jornaleiros, mandaretas, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza)

Para além destes, tendo em conta a realidade da amostra foram incluídas as categorias de doméstica, estudante e desempregado.

### **Estado civil**

O estado civil é definido como as relações dos cidadãos entre si, feitas segundo a jurisdição dos tribunais civis de um país. De acordo com Barreto (1999), o estado civil pode ser: solteiro, casado, divorciado, união de facto, separado e viúvo.

### **Zona de residência do progenitor cuidador**

A zona de residência foi classificada em rural e urbana.

### **Existência de complicações na gravidez, e de outros filhos**

A existência de qualquer uma destas variáveis foi classificada como sim ou não.

- 2. Escala de Auto-Avaliação das Competências Parentais (EAACP) nos Cuidados ao RN de Risco

Esta escala foi também elaborada para este trabalho, para que fosse adequada ao contexto que pretendemos investigar. Existe já uma Escala de Intensidade da Competência Materna Auto-Percebida, tipo Likert e com 41 itens, que foi elaborada por Marques e Sá (2004) para ser aplicada a mães de prematuros. Contudo, não a consideramos adequada uma vez que o objectivo é a auto-avaliação de competências do progenitor cuidador do RN de risco, sendo este prematuro ou de termo com situação de patologia. Para além disso, alguns itens não se adequavam à realidade de todas as UCI/IN onde se planeou aplicar o questionário, enquanto que havia outros que considerámos necessário incluir.

As escalas de medida avaliam sobretudo variáveis psicossociais e situam a pessoa numa série ordenada de categorias. As escalas psicossociais transformam características qualitativas em variáveis quantitativas, o que possibilita a análise estatística (Fortin, 1999).

A EAACP nos Cuidados ao RN de Risco é uma Escala de Likert, que se destina a ser preenchida pelo progenitor cuidador do RN de risco, seja o pai e/ou a mãe, quando está prestes a ter alta clínica (a partir dos 5 dias anteriores), ou seja, no momento em que mãe/pai devem prestar os cuidados ao RN de forma autónoma. Simultaneamente, um dos enfermeiros responsáveis pela díade mãe/pai – RN preenche a Escala de Avaliação de Competências Parentais nos Cuidados (EACP) ao RN de Risco, que comporta os mesmos itens. Dessa forma, será possível comparar a auto-avaliação realizada pelo progenitor cuidador com a avaliação que é realizada pelos enfermeiros responsáveis.

Definimos a competência parental nos cuidados ao RN de risco como o conjunto de capacidades, comportamentos, conhecimentos, atitudes e intenções que permitem um desempenho adequado ou não a cada situação específica de prestação de cuidados ao RN de risco. É o saber-fazer em situação e envolve também a tomada de decisão e os aspectos relacionais.

A avaliação das competências parentais foi operacionalizada em várias dimensões, de acordo com as necessidades do RN, propostas pelo modelo de Virgínia Henderson. O modelo de Virgínia Henderson é o que sustenta a prática de enfermagem na maioria dos hospitais portugueses e é aplicado em qualquer serviço, independentemente da idade do utente. Segundo Phaneuf (2001), este modelo engloba 14 necessidades fundamentais:

- 1 – Respirar
- 2 – Beber e comer
- 3 – Eliminar
- 4 – Movimentar-se e manter uma postura correcta
- 5 – Dormir e repousar
- 6 – Vestir-se e Despir-se
- 7 – Manter a temperatura do corpo dentro dos limites normais
- 8 – Estar limpo, cuidado e proteger os tegumentos
- 9 – Evitar os perigos
- 10 – Comunicar com os seus semelhantes
- 11 – Agir segundo as suas crenças e valores

12 – Ocupar-se com vista à sua realização

13- Recrear-se

14 – Aprender

Estas 14 necessidades fundamentais foram a base da elaboração do conjunto de indicadores e de itens, presentes no quadro 1, que traduzem as competências parentais, ou seja, a capacidade do progenitor prestar cuidados ao RN de risco, de forma autónoma e adequada a cada situação.

Foram agrupadas em Dimensões de Competências Parentais, já que muitas destas necessidades se encontram relacionadas:

#### **Dimensão 1: Prestar cuidados de higiene e conforto ao RN**

Engloba as necessidades eliminar; vestir-se e despir-se; estar limpo, cuidado e proteger os tegumentos.

#### **Dimensão 2 : Alimentar o RN**

Engloba a necessidade beber e comer.

#### **Dimensão 3: Sono e repouso do RN**

Engloba a necessidade dormir e repousar.

#### **Dimensão 4: Temperatura do RN**

Engloba a necessidade manter a temperatura do corpo dentro dos limites normais.

#### **Dimensão 5: Protecção dos perigos relativamente ao RN**

Engloba a necessidade evitar os perigos, manter uma postura correcta e respiração.

#### **Dimensão 6: Competências e estimulação do RN**

Engloba as necessidades comunicar com os seus semelhantes, agir segundo as suas crenças e valores, ocupar-se com vista à sua realização, recrear-se e aprender.

Quadro 1: Dimensões, indicadores e itens das competências parentais

<b>DIMENSÕES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ITENS</b>
Dimensão 1: Prestar cuidados de higiene e conforto ao RN	- Preparar o material necessário para o banho do RN	2- Preparo o material necessário para o banho do bebé
	- Executar a técnica do banho	14- Dou banho ao bebé com técnica correcta
	- Preparar a roupa para o RN	25- Preparo a roupa adequada para o bebé
	- Mudar a fralda sempre que necessário	7- Mudo a fralda ao bebé quando ele precisa
	- Avaliar a pele do RN	24- Identifico quando o bebé tem a pele seca ou assada
	- Avaliar o padrão de eliminação urinária do RN	10- Identifico a frequência e a quantidade de urina do bebé
Dimensão 2 : Alimentar o RN	- Avaliar o padrão de eliminação intestinal do RN	22- Identifico as características e a frequência das fezes do bebé
	- Reconhecer a presença de sinais de fome no RN	1- Reconheço os sinais de fome do bebé
	- Reconhecer os sinais de uma alimentação eficaz	16- Sei quais são os sinais de que o bebé está a mamar a quantidade de leite suficiente
	- Avaliar a tolerância alimentar do RN	20- Identifico quando o bebé bolsa ou vomita
	- Posicionar o RN correctamente para o alimentar	13- Posiciono o bebé correctamente para o amamentar ou lhe dar o biberão
Dimensão 3: Sono e repouso do RN	- Posicionamento do RN para eructar	26- Posiciono o bebé de forma correcta para arrotar
	- Proporcionar ambiente adequado ao sono do RN	31- Sei como devo preparar o ambiente para o bebé dormir
	- Identificar os períodos em que o RN quer dormir	9- Identifico quando o bebé quer dormir
Dimensão 4: Temperatura do RN	- Posicionar o RN correctamente no leito	6- Posiciono o bebé correctamente no berço
	- Manter a temperatura ambiente adequada ao RN	18- Em casa sei como devo prepara o ambiente para a temperatura ser adequada ao bebé
	- Verificar a temperatura corporal do RN	3- Coloco o termómetro correctamente no bebé
	- Avaliar a temperatura da água do banho do RN	29- Identifico se a temperatura da água do banho é adequada para o bebé
	- Identificar a presença de febre	23- Sei qual é a temperatura a partir da qual o bebé tem febre
	- Reconhecer sinais de frio no RN	33- Identifico os sinais de frio no bebé
Dimensão 5: Protecção dos perigos relativamente ao RN	- Reconhecer sinais de calor no RN	8- Identifico quando o bebé tem calor
	- Actuar em caso de engasgamento	4- Sei o que devo fazer no caso de engasgamento do bebé
	- Pegar o RN ao colo de forma correcta	15- Pego o bebé ao colo de forma correcta
	- Identificar a forma correcta do transporte do RN no automóvel	19- Sei como colocar o bebé na cadeira para o transportar de carro

	- Identificar sinais de infecção	11- Sei quais são os sinais de infecção a que devo estar atento(a) no bebé
	- Identificar sinais de dificuldade respiratória	21- Sei quais os sinais de dificuldade respiratória a que devo estar atento(a) no bebé
	- Identificar os meios disponíveis na comunidade para pedir ajuda	28- Se tiver dificuldades em casa sei quem devo contactar para pedir ajuda
Dimensão 6: Competências e estimulação do RN	- Reconhecer as competências básicas do RN	30- Sei quais as capacidades do bebé que permitem o seu desenvolvimento
	- Reconhecer a importância de interagir com o RN	27- Reconheço que falar e acarinhar o bebé ajuda-o a aprender e a desenvolver-se
	- Identificar os períodos de alerta do RN	12- Identifico quando o bebé quer carinho e que “converse” com ele
	- Identificar o motivo do choro do RN	32- Identifico o motivo do choro do bebé
	- Acalmar o RN quando chora	5- Acalmo o bebé quando ele chora
	- Conciliar o internamento com a vida familiar	17- Consigo conciliar o internamento do bebé com a restante vida familiar

Como resposta para esta escala disponibilizámos as seguintes opções: discordo totalmente; discordo; não concordo, nem discordo; concordo e concordo totalmente; que correspondem respectivamente à pontuação de 1, 2, 3, 4 e 5.

➤ 3. Newcastle Satisfaction with Nursing Scales (NSNS) (Anexo 2)- Escalas de Satisfação com a Enfermagem – Newcastle (ESEN)

De acordo com Thomas *et al.* (1996), autores da NSNS, esta escala começou a ser desenvolvida em 1993 para medir as experiências e a satisfação com a enfermagem de acordo com a perspectiva dos doentes, em vez da perspectiva dos profissionais. Esta escala pode ser usada por gestores dos serviços e instituições para medir a qualidade, e por enfermeiros e investigadores para avaliar as intervenções de enfermagem. Os itens específicos de cada escala podem ser usados para medir aspectos particulares da prática de enfermagem, como por exemplo a informação. É aplicada a utentes com idade igual ou superior a 18 anos e em caso de internamento por doença aguda, durante pelo menos duas noites.

Para elaborar a NSNS os autores entrevistaram inicialmente grupos de utentes, para identificar o que estes consideravam relevante para a qualidade dos cuidados de enfermagem, desenvolvendo a NSNS a partir desses conceitos. É composta por três secções:

A primeira é “Experiences of Nursing Care Scale”, que foi traduzida para “Escala de Experiências com os Cuidados de Enfermagem” (EECE). É composta por 26 frases acerca dos cuidados de enfermagem e os utentes respondem usando uma Escala tipo Likert, pontuada de 1 a 7. Para evitar respostas por habituação nos itens 11 e 15 foi invertida a ordem da Escala de Likert. No final, as respostas a esta escala são recodificadas, somadas e transformadas num resultado denominado “experience score” (“resultado da experiência”), que varia entre 0 a 100, em que 100 representa a melhor experiência possível.

A segunda secção é designada por “Satisfaction with Nursing Care Scale”, traduzida por “Escala de Satisfação com os Cuidados de Enfermagem”. É constituída por 19 itens e as respostas são dadas usando para o efeito uma escala tipo Likert, pontuada de 1 a 5. À semelhança da escala anterior, estes itens são também recodificados e depois somados e transformados num “resultado da satisfação”, que varia de 0 a 100, e em que 100 representa a completa satisfação com todos os aspectos dos cuidados de enfermagem.

A secção 3 é designada por “Demographic information” (“Informação demográfica”) e fornece informação acerca do utente e de detalhes da estadia no hospital. Nesta secção existem duas questões (8 e 9) em que os utentes podem escrever os seus comentários acerca dos cuidados de enfermagem ou de qualquer outro assunto.

Ao integrar a NSNS neste questionário, optou-se por eliminar as questões 1, 2 e 3 da secção 3, uma vez que questionavam aspectos já abordados na parte I do questionário (sexo, idade e formação). Optámos também por manter a ordem da pontuação da escala de Likert nas questões 11 e 15 da secção 1.

Uma vez que os valores obtidos nesta escala são relativos e não absolutos, não pode ser atribuída uma interpretação universal à pontuação obtida. As escalas fornecem informação acerca da qualidade dos cuidados de enfermagem, sob a perspectiva dos utentes.

- Questionário de Avaliação das Competências Parentais nos Cuidados ao RN de Risco (Anexo 3)

Este questionário é respondido pelo enfermeiro responsável pelos cuidados à idade pais/RN no momento em que o progenitor cuidador responde ao questionário anteriormente mencionado. É composto por três partes:

## ➤ 1. Caracterização do enfermeiro

Nesta parte do questionário pretendemos os dados principais acerca do enfermeiro responsável, nomeadamente, idade, tempo de serviço como enfermeiro e como enfermeiro na UCI/IN, habilitações literárias, categoria profissional e método de trabalho. As variáveis que não são medidas directamente foram operacionalizadas da seguinte forma:

### **Habilitações literárias do enfermeiro**

Tendo em conta a formação de enfermagem da amostra foram classificadas em: bacharelato em enfermagem, licenciatura em enfermagem e licenciatura e pós-graduação.

### **Categoria profissional do enfermeiro**

As categorias profissionais usadas foram: enfermeiro, enfermeiro graduado e enfermeiro especialista.

### **Método de trabalho**

Segundo Kron (1994) os métodos de enfermagem centrados no doente incluem: o método individual, o método por enfermeiro responsável, o método por equipa e o método modular. Tendo em conta a realidade da Enfermagem de Neonatologia o método de trabalho foi classificado em método individual ou de cuidados globais, método do enfermeiro responsável e outro método. O método individual caracteriza-se pela distribuição de um grupo de doentes a cada enfermeiro, ficando este responsável por prestar a totalidade dos cuidados a esse grupo durante esse turno. Já o método do enfermeiro responsável consiste na atribuição de um grupo de doentes a um enfermeiro, desde a admissão até à alta, sendo o responsável pelo planeamento dos cuidados. É um método que envolve um elevado grau de autonomia e responsabilidade.

## ➤ 2. Caracterização do RN e do progenitor cuidador.

Nesta caracterização pretendemos que o enfermeiro nos forneça dados acerca do diagnóstico do RN, acompanhamento, interesse e possíveis complicações ou comportamentos de risco do progenitor cuidador.

### **Diagnóstico do RN de risco**

Os diagnósticos do RN de risco podem ser vários e de acordo com os casos foram classificados em: prematuridade, leve para a idade gestacional (LIG), sépsis, fenda do palato e vômitos, vômitos e dejetões com sangue, taquipneia transitória do RN (TTRN), enfarte cerebral, bronquiolite e desnutrição, prematuridade e atelectasia pulmonar, edema e hematoma ocular, tosse coquelochóide, suspeita de *Apparent Life Threatening Event* (ALTE), prematuridade e situação social, vômitos e dificuldade em mamar, taquicardia, hemorragia cerebral e pulmonar, febre, má progressão ponderal, risco infeccioso e suspeita de aspiração.

### **Tempo que o progenitor cuidador acompanha o RN de risco**

O tempo que o progenitor cuidador acompanha o RN de risco foi classificado em diariamente, em dias alternados, cerca de dois dias por semana, uma vez por semana ou menos.

O tempo dos que acompanham o RN diariamente foi ainda classificado em: de 1 a 3 horas, de 3 a 6 horas, de 6 a 12 horas e mais de 12 horas.

### **Existência de interesse do progenitor cuidador no RN de risco e de alguma patologia ou comportamento de risco susceptível de limitar o progenitor cuidador**

A existência de qualquer uma destas variáveis foi classificada como sim ou não.

### **Patologia ou comportamento de risco susceptível de limitar o progenitor nos cuidados**

Tendo em conta que só houve uma situação em que existia uma patologia susceptível de limitar o progenitor nos cuidados, esta variável foi classificada em doença bipolar.

- 3. Escala de Avaliação de Competências Parentais nos Cuidados ao RN de Risco.

Esta escala é paralela à EAACP nos Cuidados ao RN de Risco, apresentando as mesmas dimensões e os mesmos indicadores. Os itens são também semelhantes, uma vez que foram apenas reformulados para serem respondidos pelos enfermeiros.



- Questionário da Prática de Enfermagem Familiar (Anexo 4)

Este questionário tem como alvo os enfermeiros das UCI/IN. É composto por duas partes:

➤ 1. Caracterização do enfermeiro

Nesta parte do questionário pretendemos os dados principais acerca dos enfermeiros, nomeadamente, idade, tempo de serviço como enfermeiro e como enfermeiro na UCI/IN, habilitações literárias, categoria profissional e método de trabalho.

➤ 2. Family Nursing Practice Scale (FNPS) (Anexo 5)– Escala da Prática de Enfermagem Familiar (EPEF)

A escolha desta escala está relacionada com o facto de os cuidados centrados na família e a parceria de cuidados considerarem simultaneamente o indivíduo e a família como cliente dos cuidados, tal como é preconizado na enfermagem familiar. De facto, a enfermagem familiar privilegia o pensamento crítico sobre a família, consistindo na resolução de problemas conjunta entre enfermeiro e família, de forma a ajudá-los a adaptarem-se com sucesso às necessidades de cuidados de saúde (Stanhope e Lancaster, 1999). Por esse motivo, esta escala foi considerada como a mais indicada para esta investigação.

Simpson e Tarrant (2006), autoras da FNPS, referem que esta escala mede as atitudes dos enfermeiros relativamente a trabalhar em conjunto com as famílias, a avaliação crítica dos enfermeiros face à prática de enfermagem centrada na família e a reciprocidade na relação entre enfermeiro e família. As categorias derivaram de necessidade de avaliação, competência como uma aplicação efectiva de conhecimento e capacidade e princípios teóricos para avaliação e intervenção com a família.

Apresenta uma componente quantitativa e outra qualitativa, sendo constituída por uma escala tipo Likert com 10 itens e por 3 questões de resposta aberta, o que torna a FNPS uma abordagem mais completa e permite uma visão mais compreensiva da enfermagem familiar.

Esta escala destina-se a ser aplicada em grandes grupos de enfermeiros e demora cerca de 15 minutos a ser completada. É especialmente vocacionada para ser

aplicada antes e após programas educacionais ou formações sobre enfermagem familiar e avaliar as respectivas mudanças na prática de enfermagem.

Nesta investigação optou-se por transformar a pontuação das respostas aquando o tratamento estatístico, isto é, as questões numeradas de 1 a 5, respectivamente do mais alto para o mais baixo nas escala original, quando introduzidas na base de dados foram transformadas para de 5 a 1, respectivamente.

## 1.6 - ESTUDO-PILOTO

O pedido de autorização aos autores da NSNS e da FNPS foi realizado através de um e-mail enviado para os respectivos autores, onde se explicava resumidamente a finalidade e objectivos desta investigação. Após a obtenção de autorização dos autores para o uso das respectivas escalas (Anexos 6 e 7) e anteriormente à aplicação dos instrumentos à amostra definida, procedeu-se a um estudo-piloto, de forma a realizar um pré-teste aos questionários.

Numa primeira fase, as escalas FNPS e NSNS foram traduzidas de língua inglesa para portuguesa por uma enfermeira e duas psicólogas (Anexos 8 e 9) . A retroversão foi realizada por uma perita em inglês (Anexos 10 e 11). De acordo com Fortin (1999), a retroversão realizada por um tradutor independente assegura uma boa tradução e constitui uma das etapas no processo de adaptação e validação.

Os três questionários foram entregues a um grupo de dez progenitores cuidadores e a um grupo de dez enfermeiros entre Novembro e Dezembro de 2008, de forma a reflectirem a diversidade da amostra definida, e com quem foi realizado o método de reflexão falada “thinking aloud”, utilizando para o efeito uma grelha para a observação do comportamento verbal e não verbal dos indivíduos (Anexo 12). Relativamente à observação do comportamento verbal a grelha apresentava aspectos como compreensão semântica, questões ambíguas, opinião quanto à duração do preenchimento e críticas relevantes. Quanto à observação do comportamento não verbal eram salientados aspectos como a expressão facial, forma de preenchimento do questionário, outros comportamentos não-verbais relevantes e tempo total de preenchimento.

Segundo Someren *et al.* (1994), esta técnica é utilizada em várias investigações e consiste em estimular este grupo, que vai ter o primeiro contacto com o questionário, a verbalizar o que pensam acerca deste, nomeadamente, as dúvidas e as dificuldades que tenham surgido aquando o preenchimento, bem como, sugestões e críticas. Esta técnica

permite assim ao investigador detectar possíveis itens dúbios e ambíguos, realizar correcções, verificar a redacção e a compreensão semântica, constatar se os questionários permitem colher as informações desejadas e verificar se o questionário não é muito longo e não provoca desinteresse (Fortin, 1999). Com base neste método foram então realizadas algumas alterações após as sugestões e críticas dos participantes, de forma a simplificar alguns termos e clarificar frases.

Na EAACP o método de reflexão falada foi realizado com dez progenitores cuidadores de RN internados na UCIN do HIP. Foram reformuladas as frases números 10 e 30 dado que três progenitores cuidadores não as compreenderam. Foram também colocadas outras dúvidas, que não estavam relacionadas com as frases ou termos, mas sim com a própria competência de cada progenitor. No geral, referiram que a escala era acessível e que reflectia os cuidados que prestam ao RN. A maioria dos pais respondeu de forma interessada. Houve uma mãe que respondeu de forma rápida, e um pai que apresentou agitação dos membros inferiores durante todo o preenchimento.

A ESEN foi também respondida por estes pais. No geral, consideraram a escala compreensível e não apontaram termos equívocos. A única dúvida foi colocada por uma mãe, que referiu não perceber o sentido da questão 4 e a considerou ambígua. Esta questão não foi alterada dado que se trata de uma tradução e os restantes 9 respondentes perceberam o seu significado. Relativamente ao comportamento não-verbal os pais responderam de forma interessada e houve uma mãe que a apresentou agitação dos membros inferiores. Este grupo não foi incluído na amostra.

Relativamente à EACP nos Cuidados ao RN de Risco, o método foi realizado com 10 enfermeiras da UCIN do HIP, e com base neste foram reformuladas as questões 10, 19, 24 e 28 após as suas sugestões. No geral, consideraram a escala acessível e de resposta fácil. As enfermeiras responderam de forma interessada e ponderada tendo-se verificado em dois casos expressões faciais ocasionais de dúvida. Este grupo também não foi incluído na amostra.

Por sua vez, a EPEF foi entregue a 10 enfermeiras que desempenham funções na UCIN do HIP. Este grupo considerou que todas as frases e termos eram compreensíveis e que não havia questões ambíguas, sendo que a duração do preenchimento da escala também foi considerada adequada. As enfermeiras responderam de forma interessada e duas apresentaram expressões ocasionais de dúvida. Este grupo foi incluído na amostra.

O método de reflexão falada revelou-se muito útil uma vez que permitiu fazer algumas alterações que facilitam a interpretação e compreensão das questões.

## 1. 7 – PROCEDIMENTOS

Os procedimentos de colheita de dados são um conjunto de decisões programadas com o intuito de rentabilizar o trabalho de investigação (Fortin, 1999).

Em Março de 2009 foi realizado um pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital de várias UCI/IN (Anexo 13), nomeadamente: à UCIN do HIP, EPE; à Maternidade D. Daniel de Matos – Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE; à Maternidade de Bissaya Barreto – Centro Hospitalar de Coimbra, EPE; Serviço de Neonatologia – Hospital de São Teotónio, EPE; Serviço de Neonatologia – Hospital de São Sebastião, EPE. Este pedido foi acompanhado pelo projecto de investigação, pelo *curriculum vitae* da investigadora principal e pelos três questionários a serem utilizados.

Destes hospitais apenas o Presidente do Conselho de Administração do HIP autorizou em tempo útil a realização da investigação (Anexo 14). Dos restantes, o Centro Hospitalar de Coimbra e o Hospital de São Sebastião informaram em Junho que era necessária a prévia autorização do director de serviço. Relativamente aos Hospitais da Universidade de Coimbra e ao Hospital de São Teotónio, após algumas tentativas de os contactar não foi obtida qualquer resposta. Por estes motivos, esta investigação desenvolveu-se exclusivamente na UCIN do HIP.

A colheita de dados foi efectuada entre Abril e Julho de 2009. É de referir que, inicialmente, estava previsto aplicar o Questionário de Auto-avaliação de Competências Parentais nos Cuidados ao RN de Risco e de Satisfação com os Cuidados de Enfermagem dirigido ao progenitor cuidador apenas a um dos progenitores, ou seja, ao que fosse o responsável pela prestação de cuidados ao RN. Contudo, uma vez que em muitos casos ambos os progenitores acompanharam o internamento e prestaram cuidados ao RN após ensino adequado e com supervisão do enfermeiro, optámos por nestes casos aplicar o questionário à mãe e ao pai.

Já os Questionários de Avaliação de Competências Parentais nos Cuidados ao RN de Risco foram respondidos paralelamente por um dos enfermeiros responsáveis pelos cuidados à díade RN-pais.

No mesmo período de tempo, o Questionário da Prática de Enfermagem Familiar foi respondido por todos os enfermeiros que prestam cuidados no serviço de Pediatria/UCIN do HIP, EPE.

### 1.7.1 – Procedimentos éticos

Qualquer investigação realizada com seres humanos remete para questões éticas e morais, sendo necessário garantir o respeito pela pessoa e a protecção do seu direito de viver livre e dignamente (Fortin, 1999).

De acordo com esta autora, o consentimento informado escrito, livre e esclarecido da parte dos sujeitos da amostra revela-se fundamental para a ética da investigação. Assim, em cada questionário é explicada a informação essencial sobre o estudo aos sujeitos da amostra, como o objectivo geral e o seu contributo para o estudo, de forma clara e acessível, garantindo também a confidencialidade e anonimato das informações. Posteriormente, cada sujeito da amostra assinou o respectivo consentimento informado.

## 1.8 - ESTUDO PSICOMÉTRICO DAS ESCALAS

A preocupação com a qualidade do estudo deve ser uma constante durante toda a realização da investigação. De acordo com Fortin (1999), a fidelidade e a validade determinam a qualidade do instrumento de medida. Caracterizando cada um destes conceitos, e ainda de acordo com a autora, pode dizer-se que, a fidelidade determina a constância dos resultados obtidos pelo instrumento de medida. A fidelidade pode ser testada segundo vários meios, dos quais destacamos a consistência interna. A técnica do Alfa de Cronbach é a mais utilizada para testar a consistência interna das escalas do tipo Likert, pelo que será utilizada neste estudo. O cálculo deste coeficiente permite averiguar até que ponto cada enunciado da escala mede de forma equivalente o mesmo conceito. O valor do Alfa de Cronbach varia entre 0,00 e 1,00, sendo que quanto mais elevado for o valor, mais elevada é a consistência interna. A variação aceitável para os coeficientes de fidelidade situa-se entre 0,70 e 0,90, sendo influenciados pelo número de enunciados da escala.

Por sua vez, a validade de um instrumento de medida determina em que medida o instrumento mede aquilo que pretende medir, ou seja, *“corresponde ao grau de precisão com que os conceitos em estudo são representados pelos enunciados específicos do instrumento de medida”* (Fortin, 1999, p.235). Mais especificamente a validade de constructo é a qualidade de um teste que mede a estrutura teórica subjacente a um instrumento de medida.

Para o estudo da validade de constructo recorreremos à Análise em Componentes Principais com rotações ortogonais VARIMAX. Quanto ao estudo da fidelidade das escalas recorreremos ao cálculo do coeficiente de consistência interna – Alfa de Cronbach.

A EAACP e a EACP foram aplicadas pela primeira vez pelo que foi realizado o respectivo estudo psicométrico. Tendo em conta que a validade e fidelidade são alteradas quando uma escala é traduzida, ou quando é aplicada a uma população-alvo diferente da do momento de elaboração, foi também realizado o estudo psicométrico da ESEN e da EPEF.

### **Estudo da validade de constructo da EAACP**

Para o estudo da validade de constructo da EAACP recorreremos à Análise Factorial em Componentes Principais para os itens da escala. Aplicámos uma rotação ortogonal VARIMAX a 4 factores de modo a tornar interpretável a solução. Os resultados são apresentados no quadro 2.

Para a constituição de factores considerámos os loadings com um peso de ,350 com excepção do item 20.

Como podemos verificar, a percentagem de variância para o total da escala é de 47,78%, o que é um valor razoável.

O factor 1 – Cuidados gerais, inclui os itens 5, 6, 7, 9, 10, 12, 15, 16, 18, 22, 27, 29 e 32 e explica 29,55% da variância.

O factor 2 – Vigilância do RN, engloba os factores 4, 11, 20, 21, 23, 24, 26, 28, 30, 31 e 33 e explica 6,88% da variância.

O factor 3 – Técnica e preparação do material, inclui os factores 1, 2, 3, 13, 14 e 25 e explica 5,86% da variância.

Por último, o factor 4 – Conhecimento e família, é constituído pelos factores 8, 17 e 19 e explica 5,51% da variância.

Considerando que estes factores não correspondem às dimensões teóricas em que nos baseámos para elebarar esta escala, optamos por usar os factores obtidos através da análise factorial para o tratamento de dados.

Quadro 2 – Matriz de saturação dos itens nos factores para solução rodada ortogonal VARIMAX com 4 factores (N=101) da EAACP. Inclui valores próprios (eigenvalue), % da variância explicada e % da variância cumulativa.

Itens	1	2	3	4
EAACP5	,368			
EAACP6	,516			

EAACP7	,632			
EAACP9	,519		(,394)	
EAACP10	,668			
EAACP12	,791			
EAACP15	,582		(,405)	
EAACP16	,629			
EAACP18	,579	(,415)		
EAACP22	,569	(,417)		
EAACP27	,386	(,382)		
EAACP29	,509	(,417)	(,391)	
EAACP32	,536			
EAACP4		,392	(,368)	(,390)
EAACP11		,756		
EAACP20		,295		
EAACP21		,618		
EAACP23		,657		
EAACP24		,518	(,388)	
EAACP26	(,429)	,544		
EAACP28		,708		
EAACP30		,692		
EAACP31	(,360)	,617		
EAACP33	(,418)	,501		
EAACP1	(,452)		,506	
EAACP2			,568	
EAACP3			,579	
EAACP13			,589	
EAACP14			,621	
EAACP25		(,405)	,429	
EAACP8	(,475)			,555
EAACP17				,480
EAACP19				,704
Valores próprios	10,045	2,339	1,991	1,872
% Variância explicada	29,545	6,880	5,856	5,507
% Variância acumulada	29,545	36,425	42,281	47,787

### Estudo da fidelidade da EAACP

Através do quadro 3 verifica-se que as correlações item-total variam entre ,137 e ,676 e que o valor obtido para o Alfa de Cronbach é bastante elevado ( $\alpha = .914$ ), o que sugere que a escala é um instrumento fidedigno.

Quadro 3 – Análise de consistência interna dos itens da EAACP. Inclui médias, desvios padrão, correlação item total corrigida e valor do  $\alpha$  se eliminado o item (N=98)

Itens	Mínimo	Máximo	$\bar{x}$	s	Correlação item total	$\alpha$ se eliminado Item
EAACP1	3,00	5,00	4,3061	,50580	,507	,911
EAACP2	2,00	5,00	4,3776	,65038	,276	,914
EAACP3	4,00	5,00	4,7143	,45408	,300	,913
EAACP4	2,00	5,00	4,1633	,62084	,583	,910
EAACP5	3,00	5,00	4,3878	,51036	,389	,912
EAACP6	3,00	5,00	4,6939	,48499	,435	,912
EAACP7	2,00	5,00	4,8163	,46189	,547	,911
EAACP8	2,00	5,00	3,7857	,73569	,479	,911
EAACP9	2,00	5,00	4,1837	,58056	,612	,909
EAACP10	2,00	5,00	4,1122	,62397	,618	,909
EAACP11	1,00	5,00	3,4286	,96324	,439	,913
EAACP12	3,00	5,00	4,3571	,56074	,620	,909
EAACP13	3,00	5,00	4,4898	,54195	,425	,912
EAACP14	2,00	5,00	4,2959	,55999	,394	,912
EAACP15	3,00	5,00	4,5102	,54195	,528	,910
EAACP16	1,00	5,00	3,9898	,77983	,611	,909
EAACP17	1,00	5,00	3,2755	1,03327	,137	,920
EAACP18	1,00	5,00	4,1224	,54234	,676	,909
EAACP19	2,00	5,00	4,0102	,75293	,268	,915
EAACP20	3,00	5,00	4,3367	,53619	,447	,911
EAACP21	1,00	5,00	3,7449	,87710	,498	,911
EAACP22	2,00	5,00	4,0510	,63201	,557	,910
EAACP23	2,00	5,00	4,4694	,62925	,558	,910
EAACP24	3,00	5,00	4,5204	,54166	,476	,911
EAACP25	4,00	5,00	4,7041	,45880	,502	,911
EAACP26	3,00	5,00	4,6020	,51252	,584	,910
EAACP27	4,00	5,00	4,8163	,38921	,404	,912
EAACP28	2,00	5,00	4,4286	,67350	,488	,911
EAACP29	2,00	5,00	4,4082	,55309	,665	,909
EAACP30	3,00	5,00	4,1020	,52739	,568	,910
EAACP31	2,00	5,00	4,2449	,51894	,648	,909
EAACP32	1,00	5,00	3,8673	,71274	,489	,911
EAACP33	2,00	5,00	4,1224	,54234	,557	,910
33 itens; $\alpha = ,914$						

Relativamente à fidelidade por factores, verifica-se que o valor do alfa de Cronbach é aceitável para os factores 1, 2 e 3. No factor 4, o alfa de Cronbach apresenta



um valor reduzido comparativamente ao que é aconselhado na literatura. Contudo, dado que é constituído por três itens e uma vez que o número de itens influencia o valor do alfa de Cronbach, torna-se aceitável.

Quadro 4 – Análise de consistência interna dos factores da EAACP. Inclui correlação item total corrigida e valor do  $\alpha$  se eliminado o item (N=101).

Itens por factor	Correlação item total	$\alpha$ se eliminado item
<b>Factor 1 – Cuidados gerais</b>		
EAACP 5	,392	,882
EAACP 6	,462	,878
EAACP 7	,594	,873
EAACP 9	,594	,872
EAACP 10	,644	,869
EAACP 12	,705	,866
EAACP 15	,546	,874
EAACP 16	,680	,868
EAACP 18	,664	,869
EAACP 22	,581	,873
EAACP 27	,383	,881
EAACP 29	,643	,870
EAACP 32	,501	,879
$\alpha$ do factor 1 = ,882		
<b>Factor 2 – Vigilância do RN</b>		
EAACP 4	,516	,843
EAACP 11	,641	,836
EAACP 21	,569	,841
EAACP 23	,625	,834
EAACP 24	,471	,846
EAACP 26	,548	,841
EAACP 28	,590	,836
EAACP 30	,632	,835
EAACP 31	,608	,837
EAACP 33	,513	,843
$\alpha$ do factor 2 = ,753		
<b>Factor 3 – Técnica e preparação do material</b>		
EAACP 1	,519	,642
EAACP 2	,378	,695
EAACP 3	,367	,687
EAACP 13	,497	,647
EAACP 14	,496	,647
EAACP25	,397	,679
$\alpha$ do factor 3 = ,706		
<b>Factor 4 – Conhecimento e família</b>		
EAACP8	,403	,322
EAACP 17	,324	,464
EAACP 19	,297	,468
$\alpha$ do factor 4 = ,516		

### Estudo da validade de constructo da EACP

Uma vez que se realizou a análise factorial em componentes principais da EAACP, que é composta pelos mesmos itens que a EACP, optou-se por considerar os mesmos factores.

### Estudo da fidelidade da EACP

Nesta escala verifica-se que o item 8 – Identifica quando o RN tem calor – apresenta uma correlação negativa e praticamente nula com a escala ( $r = -,026$ ) e que quando retirado o Alfa de Cronbach aumentava de  $\alpha = ,748$  para  $\alpha = ,911$ . Dessa forma, optou-se pela sua retirada, pelo que o item 8 não foi ser submetido aos testes de hipóteses. As restantes correlações item-total variaram entre ,126 e ,612.

Quadro 5 – Análise de consistência interna dos itens da EACP. Inclui médias, desvios padrão, correlação item total corrigida e valor do  $\alpha$  se eliminado o item (N=101).

Itens	Mínimo	Máximo	$\bar{x}$	s	Correlação item total	$\alpha$ se eliminado item
EACP1	4,00	5,00	4,4059	,49352	,278	,743
EACP2	2,00	5,00	4,3168	,58191	,428	,737
EACP3	4,00	5,00	4,7723	,42145	,347	,742
EACP4	3,00	5,00	4,1782	,45598	,419	,739
EACP5	4,00	5,00	4,4950	,50247	,530	,735
EACP6	4,00	5,00	4,6832	,46756	,503	,737
EACP7	4,00	5,00	4,8614	,34727	,298	,744
EACP8	2,00	44,00	4,3267	4,03512	-,026	,911
EACP9	3,00	5,00	4,2772	,49232	,542	,735
EACP10	2,00	5,00	4,2871	,55383	,466	,736
EACP11	2,00	5,00	3,4851	,92319	,348	,737
EACP12	2,00	5,00	4,4950	,55899	,518	,734
EACP13	3,00	5,00	4,6832	,48848	,411	,739
EACP14	3,00	5,00	4,5050	,57661	,379	,739
EACP15	4,00	5,00	4,7426	,43940	,458	,739
EACP16	2,00	5,00	4,1980	,49030	,398	,740
EACP17	2,00	5,00	3,5446	,71449	,285	,741
EACP18	3,00	5,00	4,0495	,35711	,390	,742
EACP19	2,00	5,00	3,7030	,62521	,126	,748
EACP20	3,00	5,00	4,3168	,50854	,438	,738
EACP21	2,00	5,00	3,6931	,84549	,422	,734
EACP22	3,00	5,00	4,2574	,48277	,612	,733
EACP23	3,00	5,00	4,4356	,60689	,445	,736

EACP24	3,00	5,00	4,4455	,51914	,358	,740
EACP25	4,00	5,00	4,6634	,47492	,453	,738
EACP26	4,00	5,00	4,7525	,43373	,438	,739
EACP27	3,00	5,00	4,6535	,51838	,494	,736
EACP28	3,00	5,00	4,1485	,49772	,574	,734
EACP29	4,00	5,00	4,4455	,49950	,595	,733
EACP30	2,00	5,00	3,8317	,56691	,522	,734
EACP31	4,00	5,00	4,1980	,40049	,519	,738
EACP32	2,00	5,00	4,0198	,54736	,526	,734
EACP33	3,00	5,00	4,1089	,39752	,570	,737
33 itens; $\alpha = ,748$						

Relativamente à fidelidade por factores, no quadro 6 verifica-se que o valor do alfa de Cronbach é aceitável para os factores 1, 2 e 3. No factor 4, o alfa de Cronbach apresenta um valor extremamente reduzido comparativamente ao que é aconselhado na literatura. Este valor pode estar relacionado com o número de itens pelos quais é constituído (apenas dois itens pois o item 8 foi eliminado), uma vez que o número de itens influencia o valor do alfa de Cronbach. Ainda que conscientes desta limitação optámos por manter este valor para que possa ser comparado com estudos posteriores.

Quadro 6 – Análise de consistência dos factores da EACP. Inclui correlação item total corrigida e valor do  $\alpha$  se eliminado o item (N=101).

Itens por factor	Correlação item total	$\alpha$ se eliminado item
<b>Factor 1 – Cuidados gerais</b>		
EACP 5	,584	,844
EACP 6	,463	,852
EACP 7	,289	,860
EACP 9	,654	,840
EACP 10	,606	,842
EACP 12	,621	,841
EACP 15	,418	,854
EACP 16	,458	,852
EACP 18	,308	,859
EACP 22	,627	,841
EACP 27	,438	,854
EACP 29	,622	,842
EACP 32	,598	,843
$\alpha$ do factor 1=,858		
<b>Factor 2 – Vigilância do RN</b>		
EACP 4	,436	,749
EACP 11	,438	,759
EACP 21	,571	,727
EACP 23	,403	,751
EACP 24	,347	,758
EACP 26	,341	,759
EACP 28	,546	,735
EACP 30	,472	,742

EACP 31	,438	,750
EACP 33	,532	,742
$\alpha$ do factor 2 = ,767		
<b>Factor 3 – Técnica e preparação do material</b>		
EACP 1	,323	,695
EACP 2	,554	,618
EACP 3	,401	,673
EACP 13	,458	,654
EACP 14	,455	,656
EACP25	,414	,668
$\alpha$ do factor 3 = ,702		
<b>Factor 4 – Conhecimento e família</b>		
EACP 17	,097	<sup>a</sup>
EACP 19	,097	<sup>a</sup>
$\alpha$ do factor 4 = ,176		

<sup>a</sup> – O valor é negativo

### Estudo da validade de constructo da ESEN

Na escala original, os autores Thomas *et al.* (1996) analisaram a validade de constructo através da variância relacionada com a idade, educação e capacidade para identificar pelo nome um enfermeiro. A idade dos utentes que responderam variou entre 18 a 97 anos, sendo que 45,5% tinham mais de 65 anos. Verificou-se uma relação estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) e positiva entre a idade e o score da sub-escala experiências com os cuidados de enfermagem, dado que os utentes mais velhos referiram a suas experiências com a enfermagem como mais positivas. Contudo, não houve associação entre a idade e a satisfação.

Verificou-se também uma associação estatisticamente significativa entre a escolaridade e as experiências ( $p < 0,001$ ) e a satisfação ( $p < 0,01$ ) com os cuidados de enfermagem. Aqueles que tinham deixado a escolaridade mais cedo apresentavam melhores experiências e maior satisfação com os cuidados de enfermagem.

Os doentes que conseguiram identificar um dos enfermeiros pelo nome, apresentaram também uma maior satisfação e experiências mais positivas ( $p < 0,001$ ) com os cuidados de enfermagem.

Esta escala foi também testada da mesma forma em puérperas por Peterson *et al.* (2005), que concluíram que a NSNS é um instrumento válido para medir a satisfação materna com os cuidados de enfermagem no pós-parto.

Tendo em conta as recomendações dos autores, neste estudo a validade de constructo foi avaliada tendo em conta associação entre a idade e a escolaridade e o score da EECE e da ESCE. A associação entre a identificação de um enfermeiro pelo

nome e os scores das sub-escalas não foi avaliada dado que não dispúnhamos deste dado.

Relativamente à variável idade, também neste estudo se verificou a existência de uma associação positiva e estatisticamente significativa entre a idade e a experiência com os cuidados de enfermagem significativas ( $p < 0,05$ ).

No que consta escolaridade não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre esta variável e a experiência e satisfação com os cuidados de enfermagem ( $p > 0,05$ ). Contudo, verificou-se que, em média, os progenitores cuidadores que possuem o 2<sup>a</sup> ciclo do EB são os que apresentam pontuações mais elevadas nas sub-escalas.

Tendo em conta estes resultados e a retroversão da ESEN, consideramos que é uma escala válida.

### Estudo da fidelidade da ESEN

Na escala original (NSNS) os autores avaliaram a consistência interna através do Alfa de Cronbach. Na sub-escala “Experiences of Nursing Care Scale” o Alfa de Cronbach obtido foi 0,91 e as correlações entre cada item e o total variaram entre 0,31 a 0,69.

Neste estudo, na sub-escala EECE verifica-se que as correlações item-total variam entre ,146 e ,724 e que o Alfa de Cronbach obtido é elevado ( $\alpha = ,876$ ), o que sugere que a escala é um instrumento fidedigno.

Quadro 7 – Análise de consistência interna dos itens da EECE. Inclui médias, desvios padrão, correlação item total corrigida e valor do  $\alpha$  se eliminado o item (N=98).

Itens	Mínimo	Máximo	$\bar{x}$	s	Correlação item total	$\alpha$ se eliminado Item
EECE1	3,00	6,00	5,1837	,67879	,464	,871
EECE2	2,00	6,00	5,6429	,82799	,374	,874
EECE3	2,00	6,00	5,5612	,71891	,619	,868
EECE4	,00	6,00	5,2143	1,27020	,195	,883
EECE5	1,00	6,00	5,6327	,72350	,430	,872
EECE6	,00	6,00	5,0204	1,01514	,146	,882
EECE7	3,00	6,00	5,5408	,72037	,724	,865
EECE8	3,00	6,00	4,9592	1,21772	,509	,871
EECE9	,00	6,00	5,6429	,77659	,234	,877

EECE10	2,00	6,00	5,2959	,67670	,459	,872
EECE11	,00	6,00	4,9898	,84335	,478	,871
EECE12	,00	6,00	5,0000	1,03545	,506	,870
EECE13	,00	6,00	5,2347	1,01332	,434	,872
EECE14	3,00	6,00	5,6224	,65038	,564	,869
EECE15	3,00	6,00	5,6633	,64126	,333	,874
EECE16	4,00	6,00	5,1735	,49794	,330	,875
EECE17	4,00	6,00	5,3265	,51324	,427	,873
EECE18	2,00	6,00	5,2755	,67014	,527	,870
EECE19	1,00	6,00	5,2959	,78922	,405	,873
EECE20	1,00	6,00	5,4898	,78969	,620	,867
EECE21	,00	6,00	4,5918	1,09202	,383	,874
EECE22	1,00	6,00	4,9082	,82595	,526	,869
EECE23	3,00	6,00	5,1327	,68320	,440	,872
EECE24	3,00	6,00	5,7551	,53844	,644	,869
EECE25	2,00	6,00	5,3163	,68258	,617	,868
EECE26	4,00	6,00	5,3673	,61573	,576	,869
26 itens; $\alpha = ,876$						

Na sub-escala “Satisfaction with Nursing Care Scale” o Alfa de Cronbach obtido pelos autores foi 0,96 e as correlações entre cada item e o total variaram entre 0,53 a 0,82.

Neste estudo, na sub-escala ESCE verifica-se que as correlações item-total variaram entre ,484 e ,807 e que o Alfa de Cronbach obtido é bastante elevado ( $\alpha = ,937$ ), o que sugere que a escala é um instrumento fidedigno. Estes valores são próximos aos obtidos pelos autores da NSNS.

Quadro 8 – Análise de consistência interna dos itens da ESCE. Inclui médias, desvios padrão, correlação item total corrigida e valor do  $\alpha$  se eliminado o item (N=97).

Itens	Mínimo	Máximo	$\bar{x}$	s	Correlação item total	$\alpha$ se eliminado item
ESCE1	2,00	4,00	3,1134	,61026	,663	,933
ESCE2	1,00	4,00	3,5155	,61430	,648	,933
ESCE3	2,00	4,00	3,2062	,64450	,640	,933
ESCE4	2,00	4,00	3,2062	,49871	,654	,933
ESCE5	2,00	4,00	3,2990	,58032	,690	,933
ESCE6	2,00	4,00	3,4639	,64649	,582	,935
ESCE7	1,00	4,00	3,3299	,65704	,677	,933
ESCE8	2,00	4,00	3,4845	,57939	,647	,933
ESCE9	2,00	4,00	3,5773	,55593	,596	,934

ESCE10	1,00	4,00	3,5052	,59728	,761	,931
ESCE11	1,00	4,00	2,6289	,79477	,553	,936
ESCE12	2,00	4,00	3,3196	,55050	,753	,932
ESCE13	1,00	4,00	3,2887	,61167	,807	,930
ESCE14	2,00	4,00	3,4330	,59349	,591	,934
ESCE15	1,00	4,00	3,4021	,58913	,646	,933
ESCE16	2,00	4,00	3,0412	,69098	,484	,937
ESCE17	2,00	4,00	3,3093	,50746	,619	,934
ESCE18	2,00	4,00	3,0309	,66854	,642	,933
ESCE19	2,00	4,00	3,2268	,51042	,643	,934
19 itens; $\alpha = ,937$						

### Estudo da validade de constructo da EPEF

Na escala original, os testes psicométricos da FNPS foram realizados com recurso a 140 enfermeiros a desempenharem funções em serviços de Psiquiatria de Hong Kong, em unidades de doentes crónicos e agudos, e que realizaram um curso de enfermagem centrado em sistemas familiares. A escala foi preenchida antes e 1 mês depois de terem completado este curso. Contudo, só o pré-teste é que foi utilizado para validar a escala.

Simpson e Tarrant (2006) verificaram a validade do constructo através de análise factorial em componentes principais. As autoras aplicaram uma rotação ortogonal VARIMAX a dois factores e dividiram a escala tipo Likert em duas sub-escalas. A primeira foi denominada “Practice Appraisal”, traduzida para Avaliação da Prática, e incluiu os itens 1, 2, 3, 4 e 5. A segunda denominada “Nurse-Family Relationship”, foi traduzida para Relação Enfermeiro-Família e incluiu os itens 6, 7, 8, 9 e 10. Estas sub-escalas obtiveram 56,4% de variância, sendo que a primeira explica 41,9% da variância e a segunda explica 14,5% da variância. Estes valores indicam que a escala original é válida.

Quadro 9 – Matriz de saturação dos itens nos factores para solução rodada ortogonal VARIMAX com 2 factores (N=36) da FNPS. Inclui valores próprios (eigenvalue), % da variância explicada e % da variância cumulativa (Fonte: Simpson e Tarrant, 2006).

Itens	Factores	
	1	2
FNPS1	,751	
FNPS2	,671	
FNPS3	,818	
FNPS4	,842	
FNPS5	,753	
FNPS6		,692
FNPS7		,506

FNPS8		,801
FNPS9	(,353)	,584
FNPS10		,715
Valores próprios	X	X
% Variância explicada	41,9	14,5
%Variância acumulada	41,9	56,4
$\alpha$ do factor	,85	,73

X – As autoras não mencionam os valores

Neste estudo, aplicámos a análise factorial em componentes principais para os 10 itens da escala. Retivemos os factores que apresentavam valores próprios (eigenvalues) superiores a 1.00. Aplicámos uma rotação ortogonal VARIMAX a dois factores de modo a tornar interpretável a solução.

A percentagem de variância para o total da escala é de 54,298%. O factor 1, denominado auto-avaliação da prática de enfermagem familiar, agrega os itens 1, 2, 4, 5, 7 e 10 e explica 42,277% da variância. Por sua vez, o factor 2 denominado envolvimento da família inclui os itens 3, 6, 8 e 9 e explica 12,021% da variância.

Quadro 10 – Matriz de saturação dos itens nos factores para solução rodada ortogonal varimax com 2 factores (N=36) da EPEF. Inclui valores próprios (eigenvalue), % da variância explicada e % da variância cumulativa.

Itens	Factores	
	1	2
EPEF1	,620	(,378)
EPEF2	,586	(,465)
EPEF3	(,452)	,619
EPEF4	,721	(,441)
EPEF5	,776	
EPEF6		,730
EPEF7	,345	
EPEF8		,839
EPEF9		,629
EPEF10	,682	
Valores próprios	4,228	1,202
% Variância explicada	42,277	12,021
%Variância acumulada	42,277	54,298
$\alpha$ do factor	,781	,739



## Estudo da fidelidade da EPEF

Segundo Simpson e Tarrant (2006), a fidelidade da escala original foi avaliada tendo em conta o Alfa de Cronbach, os coeficientes de correlação item-total, os coeficientes entre as sub-escalas e a fidelidade.

A análise dos itens foi verificada para a totalidade da escala e para cada sub-escala foi medida através do Coeficiente de Correlação de Pearson. A fidelidade foi verificada através da administração da escala à mesma amostra por duas vezes durante um período de duas semanas.

O Alfa de Cronbach foi 0,88 para a sub-escala “Practice Appraisal” e 0,73 para a sub-escala “Nurse-Family Relationship”, como se pode verificar no quadro anterior. Para a FNPS foi 0,84. A fidelidade variou entre 0,62 e 0,93 nos itens individuais.

Os resultados obtidos pelas autoras evidenciam que a FNPS é fiável e foram analisados com recurso ao Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 12.0.

Neste estudo verifica-se que na EPEF as correlações item-total variaram entre ,237 e ,660 e que o Alfa de Cronbach obtido é elevado e semelhante ao obtido no estudo original ( $\alpha = ,842$ ), o que sugere que a escala é um instrumento fidedigno. Já nos dois factores obtidos o alfa de Cronbach é de ,781 para o primeiro factor – auto-avaliação da prática de enfermagem familiar - e de ,739 para o segundo factor – envolvimento da família - o que é satisfatório.

Quadro 11 – Análise de consistência interna dos itens da EPEF. Inclui médias, desvios padrão, correlação item total corrigida e valor do  $\alpha$  se eliminado o item (N=36).

Itens	Mínimo	Máximo	$\bar{x}$	s	Correlação item total	$\alpha$ se eliminado Item
EPEF1	2,00	5,00	3,9722	,81015	,614	,822
EPEF2	2,00	5,00	3,8333	,69693	,521	,818
EPEF3	2,00	5,00	3,5278	,84468	,534	,815
EPEF4	2,00	5,00	3,8056	,70991	,660	,808
EPEF5	3,00	5,00	4,0000	,67612	,500	,828
EPEF6	2,00	5,00	3,4722	,77408	,485	,828
EPEF7	3,00	5,00	4,0278	,65405	,269	,842
EPEF8	2,00	5,00	3,7778	,54043	,409	,837
EPEF9	3,00	5,00	4,1944	,66845	,415	,828
EPEF10	2,00	5,00	3,9444	,71492	,237	,845
10 itens; $\alpha = ,842$						

No capítulo seguinte apresentamos os resultados obtidos nesta investigação.

## 2- RESULTADOS

Neste capítulo os resultados da investigação são apresentados, de forma objectiva e sem interpretação.

A análise dos dados deve ser concordante com os objectivos do estudo, consoante este vise descrever relações, verificar relações entre as variáveis ou comparar grupos (Fortin, 1999). O estudo é predominantemente quantitativo, por isso o tratamento estatístico foi realizado com o programa informático SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 17.0 para Windows, que permite a análise descritiva e inferencial.

O tratamento estatístico dos dados é uma fase de extrema importância uma vez que possibilita a atribuição de uma significação aos dados colhidos através do questionário. Ao nível da estatística descritiva recorreremos ao cálculo das medidas de tendência central (médias aritméticas), das medidas de dispersão (desvio padrão) e às distribuições de frequências. Para o estudo das hipóteses recorreremos aos seguintes testes de hipóteses:

- Teste *t* de Student para grupos independentes,
- Análises de variância de um critério (ANOVA),
- Teste de significância da correlação de Pearson.

Na análise inferencial consideraram-se os seguintes níveis de significância:

- $p > 0,05$ : não significativo,
- $p < 0,05$ : significativo,
- $p < 0,01$ : bastante significativo,
- $p < 0,001$ : altamente significativo.

Uma vez que tanto a Escala da Prática de Enfermagem Familiar (EPEF) como a Escala de Satisfação com a Enfermagem - Newcastle (ESEN) têm respostas abertas, utilizámos como metodologia a análise de conteúdo, uma técnica de investigação e de análise textual utilizada em questões abertas de questionários e que visa a descrição objectiva, sistemática e quantitativa (Coutinho, 2009). Assim sendo, a análise de conteúdo procura, por meio de procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores que possibilitem inferir sobre as mesmas e captar os significados da comunicação (Bardin, 2004).

De acordo com Carmo e Ferreira (1998) e Coutinho (2009) a análise de conteúdo só faz sentido se for orientada para um objectivo e pressupõe o estabelecimento de categorias de análise relativamente às quais o conteúdo relevante deve ser analisado.

Assim sendo, desenvolvemos vários procedimentos a partir das respostas às questões 11, 12 e 13 da EPEF e das respostas às questões 4 e 5 da secção 3 da ESEN. Numa primeira fase começámos por atribuir uma codificação e um número aleatório a cada resposta de cada questionário, sendo que “E” designa enfermeiro e “P” significa progenitor.

Posto isto realizámos uma leitura das respostas para definir as categorias de acordo com os objectivos do trabalho e com as temáticas do enquadramento teórico desta investigação. Cada categoria foi definida para explicitar o seu significado.

Após esta fase continuámos numa leitura exaustiva do texto para transformar os dados brutos em pequenos fragmentos do texto, que denominamos exemplos, que não perdessem o sentido quando descontextualizados. Por último estes exemplos foram categorizados e foi calculado também a respectiva frequência.

É de salientar que surgiu a necessidade de criar subcategorias para que fosse possível enquadrar a diversidade de respostas e torná-las compreensíveis e pertinentes para este estudo.

Para assegurar a validade da análise de conteúdo das questões abertas da EPEF e da ESEN seguimos as orientações de Krippendorff (1980) que refere ser necessário existir no mínimo 90% de concordância entre um painel de três juízes. Assim, a análise de conteúdo foi realizada por uma enfermeira e duas psicólogas, para verificar se as categorias e subcategorias traduziam o sentido real dos dados e se outras pessoas realizavam uma análise semelhante. Não houve alterações às categorias, subcategorias e categorização dos exemplos definidos.

Postas estas considerações iniciamos a apresentação dos dados obtidos através dos questionários relativos ao estudo-piloto e ao estudo supervisão em enfermagem neonatal. Em ambos são apresentados os dados obtidos através do questionário de auto-avaliação das competências parentais nos cuidados ao RN de risco e de satisfação com os cuidados de enfermagem, o que inclui a caracterização socioprofissional dos pais, as características do RN de risco e do internamento, a auto-avaliação de competências nos cuidados ao RN de risco e a satisfação com os cuidados de enfermagem prestados na UCIN. É também apresentada a análise de conteúdo das respostas às questões abertas 4 e 5 da secção 3 da ESEN.

Apresentamos depois os resultados obtidos através do questionário avaliação de competências parentais nos cuidados ao RN de risco, que foi respondido por enfermeiros da UCIN do HIP. Estes resultados incluem a caracterização do RN e do progenitor cuidador assim como a avaliação das competências parentais nos cuidados ao RN de risco realizada pelos enfermeiros.

Em seguida, são apresentados os resultados provenientes do questionário da prática de enfermagem familiar, que engloba a caracterização dos enfermeiros e as respostas à EPEF, incluindo a análise de conteúdo das respostas às questões abertas.

Por último, apresentamos os resultados obtidos através das relações entre as diversas variáveis.

Apresentamos os dados em quadros, antecedidos de uma breve análise descritiva para clarificar a sua interpretação.

## 2.1 - RESULTADOS DO ESTUDO-PILOTO

Neste sub-capítulo apresentamos os resultados relativos ao pré-teste da Escala de Auto-Avaliação de Competências Parentais (EAACP) e da ESEN, que foram respondidas por 10 pais, e da Escala de Avaliação de Competências Parentais (EACP), que foi respondida por 10 enfermeiros. Os resultados da EPEF foram incluídos na amostra total, uma vez que esta é mais reduzida.

Começamos por apresentar os resultados obtidos acerca da auto-avaliação de competências parentais e da satisfação dos progenitores cuidadores com os cuidados de enfermagem. Depois apresentamos os resultados obtidos na avaliação de competências parentais realizada pelos enfermeiros.

### **2.1.1. – Auto-avaliação de competências parentais e satisfação com os cuidados de enfermagem**

Apresentamos os dados obtidos no pré-teste do questionário de auto-avaliação de competências parentais nos cuidados ao RN de risco e de satisfação com os cuidados de enfermagem, nomeadamente: a caracterização sócio-profissional dos pais, a caracterização do RN de risco e do internamento, a auto-avaliação de competências parentais e a satisfação com os cuidados de enfermagem. Apresentamos também a

análise de conteúdo das respostas às questões abertas da ESEN. A amostra é constituída por 10 pais de RN internados na UCIN do HIP.

### Caracterização sócio-profissional dos pais

A idade dos progenitores cuidadores está compreendida entre os 28 e os 42 anos, em que a média foi de 31,90 anos com um desvio padrão de 4,20.

Quadro 12 - Distribuição dos pais de acordo com a idade.

	<b>N</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Idade	10	31,90	4,20	28,00	42,00

No quadro 13 verificamos que 10% eram do sexo masculino e que 90% eram do sexo feminino.

Relativamente à zona de residência 70,0% dos pais pertencem a uma zona rural, enquanto que 30,0% residem numa zona urbana.

Nesta amostra a totalidade dos pais são casados.

Quadro 13 - Distribuição dos pais de acordo com o sexo, a zona de residência e o estado civil.

	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	1	10,0
Feminino	9	90,0
Rural	7	70,0
Urbana	3	30,0
Casado(a)	10	100,0
Total	10	100,0

Conforme se pode constatar no quadro 14, relativamente às habilitações literárias 10,0% dos pais concluíram o 2º ciclo do EB; 30,0% concluíram o 3º ciclo do EB; 30,0% possui o ensino secundário e 30,0% apresenta formação superior.

Quanto à profissão dos pais verifica-se que 20,0% não são remunerados. Já 30,0% pertencem ao 5º grau da classificação de Graffar, ou seja, são trabalhadores manuais ou operários não especializados. No grupo dos operários especializados, técnicos, peritos e comerciantes, o que corresponde aos 4º, 3º e 2º graus da classificação de Graffar, incluem-se 20,0% dos pais. Por sua vez, 30,0% dos pais são profissionais com formação universitária, pertencendo ao 1º grau da classificação de Graffar.

Quadro 14 - Distribuição dos pais de acordo com as habilitações literárias e com a profissão.

	N	%
2º ciclo do EB	1	10,0
3º ciclo do EB	3	30,0
Ensino Secundário	3	30,0
Ensino Superior	3	30,0
Não remunerados	2	20,0
Trabalhadores manuais ou operários não especializados	3	30,0
Operários especializados, técnicos, peritos e comerciantes	2	20,0
Profissionais com títulos universitários	3	30,0
Total	10	100,0

Verificou-se que 60,0% dos pais tem mais filhos para além do RN internado enquanto que 40,0% não tem mais filhos.

Quadro 15 - Distribuição dos pais de acordo com a existência de mais filhos.

	N	%
Sim	6	60,0
Não	4	40,0
Total	10	100,0

### **Caracterização do RN de risco e do internamento**

Relativamente às complicações durante a gravidez estas verificaram-se em 50,0% dos casos, estando ausentes em 50,0% dos casos.

Quadro 16 - Distribuição dos pais de acordo com as complicações durante a gravidez.

	N	%
Sim	5	50,0
Não	5	50,0
Total	10	100,0

Quanto às semanas de gestação do RN aquando o nascimento constata-se através do quadro 17 que 60,0% são pais de um RN prematuro, enquanto que 40,0% são pais de um RN de termo.

Quadro 17 - Distribuição dos pais de acordo com as semanas de gestação do RN.

	<b>N</b>	<b>%</b>
Pais de RN prematuro	6	60,0
Pais de RN de termo	4	40,0
Total	10	100,0

Mais especificamente a média de semanas de gestação aquando o nascimento foi de 35,10 com um desvio padrão de 3,10. O número mínimo de semanas de gestação foi 32 e o número máximo foi 39.

Quadro 18 - Média, desvio-padrão, mínimo e máximo das semanas de gestação do RN.

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>
Semanas de gestação	10	32,00	39,00	35,10	3,10

Relativamente ao tempo de internamento 10,0% estiveram internados de 6 a 10 dias; 60,0% estiveram internados de 11 a 20 dias; 20,0% estiveram internados de 21 a 30 dias e 10,0% estiveram internados mais de 30 dias.

Quadro 19 - Distribuição dos pais de acordo com o tempo de internamento do RN.

	<b>N</b>	<b>%</b>
De 6 a 10 dias	1	10,0
De 11 a 20 dias	6	60,0
De 21 a 30 dias	2	20,0
Mais do que 30 dias	1	10,0
Total	10	100,0

O tempo de internamento do RN variou entre um mínimo de 10 dias e um máximo de 37 dias, com uma média de 19,70 dias e um desvio padrão de 8,79.

Quadro 20 - Média, desvio-padrão, mínimo e máximo do tempo de internamento do RN.

	<b>N</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Tempo de internamento	10	19,70	8,79	10,00	37,00

### **Auto-avaliação de competências parentais**

Relativamente aos resultados obtidos através da EAACP, presentes no quadro 21, verifica-se que as respostas com pontuação mais reduzida foram, por ordem crescente, as respectivas aos itens 17, 11, 8 e 21.

Já as respostas mais elevadas foram, por ordem crescente, as relativas aos itens 27, 6, 7 e 24.

Quanto ao score final, obtido pelo somatório da pontuação de 1 a 5, constata-se que a média é de 143,10 com um desvio padrão de 13,65 e que o resultado mínimo foi 127,00 e o máximo 165 (corresponde também ao máximo de pontuação possível).

Quadro 21 - Distribuição dos pais de acordo com as respostas à EAACP.

Itens	N	$\bar{x}$	s	Mínimo	Máximo
1- Reconheço os sinais de fome do bebé	10	4,40	,52	4,00	5,00
2 – Preparo o material necessário para o banho do bebé	10	4,60	,52	4,00	5,00
3- Coloco o termómetro correctamente no bebé	10	4,60	,52	4,00	5,00
4- Sei o que devo fazer no caso de engasgamento do bebé	10	4,20	,63	3,00	5,00
5 – Acalmo o bebé quando ele chora	10	4,60	,52	4,00	5,00
6- Posiciono o bebé correctamente no berço	10	4,80	,42	4,00	5,00
7- Mudo a fralda ao bebé quando ele precisa	10	4,90	,32	4,00	5,00
8- Identifico quando o bebé tem calor	10	3,70	,67	3,00	5,00
9- Identifico quando o bebé quer dormir	10	4,50	,53	4,00	5,00
10- Identifico a frequência e a quantidade de urina do bebé	10	4,30	,48	4,00	5,00
11- Sei quais são os sinais de infecção a que devo estar atento(a) no bebé	10	3,50	1,18	2,00	5,00
12- Identifico quando o bebé quer carinho e que “converse” com ele	10	4,50	,53	4,00	5,00
13- Posiciono o bebé correctamente para o amamentar ou lhe dar o biberão	10	4,60	,52	4,00	5,00
14- Dou banho ao bebé com técnica correcta	10	4,44	,53	4,00	5,00
15- Pego o bebé ao colo de forma correcta	10	4,60	,52	4,00	5,00
16-Sei quais são os sinais de que o bebé está a mamar a quantidade de leite suficiente	10	4,30	,82	3,00	5,00
17- Consigo conciliar o internamento do bebé com a restante vida familiar	10	3,30	1,06	2,00	5,00
18- Em casa sei como devo preparar o ambiente para a temperatura ser adequada ao bebé	10	4,20	,42	4,00	5,00
19- Sei como colocar o bebé na cadeira para o transportar de carro	10	4,30	,48	4,00	5,00
20- Identifico quando o bebé bolsa ou vomita	10	4,60	,51	4,00	5,00



21-Sei quais os sinais de dificuldade respiratória a que devo estar atento(a) no bebé	10	3,80	1,31	1,00	5,00
22- Identifico as características e a frequência das fezes do bebé	10	4,00	,94	2,00	5,00
23-Sei qual é a temperatura a partir da qual o bebé tem febre	10	4,60	,51	4,00	5,00
24- Identifico quando o bebé tem a pele seca ou assada	10	4,90	,31	4,00	5,00
25- Preparo a roupa adequada para o bebé	10	4,70	,48	4,00	5,00
26- Posiciono o bebé de forma correcta para arrotar	10	4,30	,48	4,00	5,00
27- Reconheço que falar e acarinhar o bebé ajuda-o a aprender e a desenvolver-se	10	4,80	,42	4,00	5,00
28-Se tiver dificuldades em casa sei quem devo contactar para pedir ajuda	10	4,20	1,22	2,00	5,00
29- Identifico se a temperatura da água do banho é adequada para o bebé	10	4,50	,52	4,00	5,00
30- Sei quais as capacidades do bebé que permitem o seu desenvolvimento	10	4,20	,63	3,00	5,00
31- Sei como devo preparar o ambiente para o bebé dormir	10	4,40	,51	4,00	5,00
32- Identifico o motivo do choro do bebé	10	4,00	,81	3,00	5,00
33- Identifico os sinais de frio no bebé	10	4,20	,42	4,00	5,00
Score final da EAACP	10	143,10	13,65	127,00	165,00

### Satisfação dos progenitores cuidadores com os cuidados de enfermagem

Relativamente à satisfação dos progenitores cuidadores com os cuidados de enfermagem começamos por apresentar os resultados obtidos na sub-escala EECE (quadro 22), relativa às experiências com os cuidados de enfermagem, que constitui a secção 1. A pontuação das respostas variou entre 0 e 6.

Nesta sub-escala as respostas com uma média de pontuação mais reduzida foram, por ordem crescente, as dos itens 22, 12, 4 e 2. Já as respostas com uma média mais elevada foram, também por ordem crescente 5, 7, 15 e 20.

O score final desta sub-escala foi transformado para um valor de 0 a 100 (de acordo com as indicações dos autores), variou entre 78,21 e 95,51, tendo sido obtida uma média de 86,82 com um desvio padrão de 5,53.

Quadro 22 - Distribuição dos pais de acordo com as respostas à EECE.

<b>Itens</b>	<b>N</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
1. Foi fácil dar uma risada com os enfermeiros.	10	5,10	,88	4,00	6,00
2. Os enfermeiros favoreceram alguns utentes em detrimento de outros.	10	4,80	1,75	2,00	6,00
3. Os enfermeiros não me disseram o suficiente sobre o tratamento.	10	5,11	1,36	2,00	6,00
4. Os enfermeiros eram demasiado descontraídos e relaxados.	10	4,50	2,07	1,00	6,00
5. Os enfermeiros demoravam muito tempo a chegar quando eram chamados.	10	5,70	,48	5,00	6,00
6. Os enfermeiros deram-me informação justamente quando eu precisei.	10	5,10	1,85	,00	6,00
7. Os enfermeiros não pareciam saber o que eu estava a passar.	10	5,70	,48	5,00	6,00
8. Os enfermeiros apagavam as luzes muito tarde à noite.	10	5,22	1,30	3,00	6,00
9. Os enfermeiros forçaram-me a fazer coisas antes de eu estar preparado.	10	5,40	1,58	1,00	6,00
10. Não importava o quanto os enfermeiros estivessem ocupados, eles arranjavam tempo para mim.	10	5,00	1,25	2,00	6,00
11. Eu vi os enfermeiros como amigos.	10	4,90	1,91	,00	6,00
12. Os enfermeiros gastavam tempo a confortar os utentes que estavam aborrecidos.	10	4,30	1,88	,00	6,00
13. Os enfermeiros verificavam regularmente para se certificarem de que eu estava bem.	10	5,50	,71	4,00	6,00
14. Os enfermeiros deixavam as coisas acumularem-se.	10	5,40	,96	3,00	6,00
15. Os enfermeiros não tinham interesse em mim como pessoa.	10	5,70	,48	5,00	6,00
16. Os enfermeiros explicaram o que se passava.	10	5,40	,52	5,00	6,00
17. Os enfermeiros explicavam o que iam fazer antes dos procedimentos.	10	5,40	,52	5,00	6,00
18. Os enfermeiros disseram ao turno seguinte o que estava a acontecer com os cuidados.	10	5,30	,95	3,00	6,00
19. Os enfermeiros sabiam o que fazer sem depender dos médicos.	10	5,20	,92	3,00	6,00
20. Os enfermeiros costumavam ir embora e esquecer o que os utentes tinham pedido.	10	5,80	,42	5,00	6,00

21. Os enfermeiros asseguravam que os utentes tinham privacidade quando precisavam.	10	4,90	,88	3,00	6,00
22. Os enfermeiros tinham tempo para se sentarem e falarem comigo.	10	4,20	1,48	1,00	6,00
23. Médicos e enfermeiros trabalhavam bem juntos como uma equipa.	10	5,60	,52	5,00	6,00
24. Os enfermeiros não pareciam saber o que cada um estava a fazer.	10	5,50	,53	5,00	6,00
25. Os enfermeiros sabiam o que era melhor fazer.	10	5,30	,48	5,00	6,00
26. Havia uma atmosfera alegre no serviço, graças aos enfermeiros.	10	5,40	,52	5,00	6,00
Score final da EECE	10	86,82	5,53	78,21	95,51

A segunda sub-escala ESCE, relativa à satisfação com os cuidados de enfermagem, constitui a secção 2 e a pontuação das respostas varia entre 0 e 4.

Como podemos analisar no quadro 23, nesta sub-escala as respostas com uma média de pontuação mais reduzida foram, por ordem crescente, as dos itens 11, 16 e 1. Já as respostas com uma média mais elevada foram, também por ordem crescente 12, 10 e 3.

O score final desta sub-escala foi também transformado para um valor de 0 a 100 e variou entre 50,00 e 94,74; tendo sido obtida uma média de 75,92 com um desvio padrão de 13,04.

Quadro 23 - Distribuição dos pais de acordo com as respostas à ESCE.

Itens	N	$\bar{x}$	s	Mínimo	Máximo
1- A quantidade de tempo que os enfermeiros gastaram consigo	10	2,80	,63	2,00	4,00
2- Quão capazes eram os enfermeiros no seu trabalho	10	3,10	,56	2,00	4,00
3- Havia sempre um enfermeiro por perto se precisasse de um	10	3,50	,70	2,00	4,00
4- A quantidade de enfermeiros que sabia acerca dos cuidados	10	3,10	,73	2,00	4,00
5- Quão rápido vinham os enfermeiros quando chamava por eles	10	3,10	,73	2,00	4,00
6- A maneira como os enfermeiros o fizeram sentir-se em casa	10	3,10	,87	2,00	4,00
7- A quantidade de informação que os enfermeiros lhe deram acerca da situação e tratamento	10	2,90	,73	2,00	4,00
8- Quão frequentemente os enfermeiros verificavam se estava bem	10	3,10	,56	2,00	4,00
9- A ajuda dos enfermeiros	10	3,10	,73	2,00	4,00

10- A maneira como os enfermeiros lhe explicavam as coisas	10	3,40	,69	2,00	4,00
11- Como os enfermeiros ajudaram a descansar os seus familiares e amigos	10	2,70	,82	1,00	4,00
12- A maneira dos enfermeiros encararem o seu trabalho	10	3,20	,78	2,00	4,00
13- O tipo de informação que os enfermeiros lhe davam acerca da situação ou tratamento	10	3,11	,60	2,00	4,00
14- A forma dos enfermeiros o tratarem enquanto indivíduo	10	2,90	,73	2,00	4,00
15 – Como os enfermeiros ouviam as suas preocupações e problemas	10	3,00	,81	2,00	4,00
16- O total de liberdade que lhe era dada no serviço	10	2,70	,67	2,00	4,00
17- A vontade dos enfermeiros responderem aos seus pedidos	10	3,00	,66	2,00	4,00
18- O total de privacidade que os enfermeiros lhe davam	10	2,90	,73	2,00	4,00
19- A consciência dos enfermeiros acerca das suas necessidades	10	3,10	,56	2,00	4,00
Score final da ESCE	10	75,92	13,04	50,00	94,74

A secção 3 da ESEN é constituída por 5 questões, sendo as duas últimas de resposta aberta, tendo sido por isso realizada a respectiva análise de conteúdo.

Relativamente à questão 1 - Havia um enfermeiro encarregue dos cuidados de cada utente neste serviço? - verificou-se que 70,0% dos pais consideram que existe um enfermeiro encarregue dos cuidados de cada utente na UCIN. Por sua vez, 30% afirmaram não ter certeza.

Quadro 24 - Distribuição dos pais relativamente à questão 1 da secção 3 da ESEN.

	N	%
Sim	7	70,0
Não tenho a certeza	3	30,0
Total	10,0	100,0

Relativamente à questão 2 - Como pontuava os cuidados de enfermagem que recebeu neste serviço? – através do quadro 25 constata-se que a maioria dos pais, que corresponde a 60,0%, considerou que os cuidados de enfermagem eram muito bons. Já 30,0% considerou-os excelentes, 10% afirmaram que eram bons.

Quadro 25 - Distribuição dos pais relativamente à questão 2 da secção 3 da ESEN.

	<b>N</b>	<b>%</b>
Bons	1	10,0
Muito bons	6	60,0
Excelentes	3	30,0
Total	10	100,0

A média obtida nas respostas a esta questão foi 6,20 com um desvio padrão de 0,63.

Quadro 26 - Média, desvio-padrão, mínimo e máximo das respostas à questão 2 da secção 3 da ESEN.

<b>Itens</b>	<b>N</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Questão 2	10	6,20	,63	5,00	7,00

Em relação à questão 3 - Na globalidade, como pontuava a sua recente estadia neste serviço? - a estadia na UCIN foi pontuada por 50,0% dos pais como muito boa; 30,0% consideraram-na boa e 10,0% considerou-a excelente. A estadia na UCIN foi ainda considerada adequada por 10,0% dos pais.

Quadro 27 - Distribuição dos pais relativamente à questão 3 da secção 3 da ESEN .

	<b>N</b>	<b>%</b>
Adequada	1	10,0
Boa	3	30,0
Muito boa	5	50,0
Excelente	1	10,0
Total	10	100,0

A média das respostas a esta questão foi 5,60 com um desvio padrão de 0,84.

Quadro 28 - Média, desvio-padrão, mínimo e máximo das respostas à questão 3 da secção 3 da ESEN.

<b>Itens</b>	<b>N</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Questão 3	10	5,60	,84	4,00	7,00

### Análise de conteúdo das respostas às questões abertas da ESEN

A ESEN apresenta duas questões abertas na secção 3. Para além destas questões, na escala original os inquiridos são incentivados a colocar os comentários que entenderem junto às questões que tiverem dificuldade a responder.

Da análise de conteúdo à questão 4 – Existem algumas maneiras em que os cuidados de enfermagem pudessem ser melhorados durante a sua estadia actual neste hospital? - foram obtidas 3 categorias: resposta negativa, ausência de resposta e recursos humanos e físicos, como apresenta o quadro 29. Assim sendo, 40% dos inquiridos mencionaram que não eram precisas quaisquer alterações para melhorar os cuidados de enfermagem.

Na categoria recursos humanos e físicos uma sugestão mencionada por 20% dos pais foi aumentar o número de enfermeiros quando necessário e 10% destacaram a falta de condições para as mães descansarem, que deveria ser melhorada e 30% dos inquiridos não responderam.

Quadro 29 - Análise de conteúdo às respostas à questão 4 da secção 3 da ESEN.

<b>Categorias de resposta</b>	<b>Sub-categorias de resposta</b>	<b>Definição</b>	<b>Exemplos</b>	<b>%</b>
Resposta negativa		Nesta categoria incluímos todos os pais que responderam que não existiam maneiras de melhorar os cuidados de enfermagem	P9: <i>"...a equipa de enfermagem é muito atenciosa, tentando sempre responder o mais rápido possível. Penso que não é preciso fazer melhorias."</i>	40,0
Ausência de resposta		Nesta categoria incluímos todos os pais que não responderam à questão		30,0
Recursos humanos e físicos	Número de enfermeiros	Definimos esta categoria como o conjunto de factores relativos ao número de enfermeiros e às instalações hospitalares	P1: <i>"Mais enfermeiros durante o turno."</i> P4: <i>"...pedimos é que nos deixem descansar como gente civilizada."</i>	30,0
	Condições físicas			

No quadro 30 podemos visualizar a análise de conteúdo das respostas à questão 5 da ESEN – Existem outros comentários que gostasse de fazer? - foram distinguidas quatro categorias: resposta negativa, ausência de resposta, recursos humanos e relação entre enfermeiro e pais. Assim sendo, 30% dos inquiridos não responderam e 40% dos inquiridos referiram não ter comentários.

Já na categoria recursos humanos, 10% dos pais referiram que era necessário aumentar o número de enfermeiros durante o turno da noite.

Na categoria relação entre enfermeiro, que obteve 20% das respostas, 10% destacaram a relação de ajuda, sendo que uma mãe foi fazendo comentários ao longo de todo o questionário, destacando a disponibilidade, apoio e informação obtida através dos enfermeiros, aspectos fundamentais da parceria de cuidados com a criança e família, o que está presente nas seguintes frases: *“estamos sempre informados”, “sempre que precisei os enfermeiros estavam lá”, “sabem o que se está a passar connosco” e “passamos horas e horas com eles é como se fizéssemos bons amigos”*.

Ainda na categoria anteriormente referida, uma das mães referiu que na equipa de enfermagem *“foram todos fantásticos comigo”* mas destacou um episódio de conflito ocorrido entre ela e uma enfermeira específica, o que correspondeu a 10%.

Quadro 30 - Análise de conteúdo às respostas à questão 5 da secção 3 da ESEN.

<b>Categorias de resposta</b>	<b>Sub-categorias de resposta</b>	<b>Definição</b>	<b>Exemplos</b>	<b>%</b>
Resposta negativa		Nesta categoria incluímos todos os pais que responderam que não existiam maneiras de melhorar os cuidados	P1: <i>“Não tenho outros comentários”</i>	40,0
Ausência de resposta		Nesta categoria incluímos todos os pais que não responderam à questão		30,0
Recursos humanos		Definimos esta categoria como o conjunto de factores relativos ao número de enfermeiros	P8: <i>“Acho que deviam pensar em ter mais um enfermeiro durante o turno da noite...”</i>	10,0

Relação entre enfermeiro e pais	Relação de ajuda	Definimos esta categoria como a interacção estabelecida entre enfermeiro e pais	P5: <i>“Sempre que precisamos, (...) estão no local exacto para nos ajudarem.”</i>	20,0
	Conflito		P4: <i>“... foram todos fantásticos (...) excepto uma enfermeira.”</i>	

### 2.1.2 – Avaliação de competências parentais realizada pelos enfermeiros

Neste sub-capítulo apresentamos os resultados obtidos no pré-teste do questionário avaliação de competências parentais nos cuidados ao RN de risco, que foi preenchido por 10 enfermeiros. Iniciamos a apresentação pela caracterização dos enfermeiros, seguido pela caracterização dos RNs de risco e dos progenitores cuidadores e, por último, apresentamos a avaliação de competências parentais realizada pelos enfermeiros.

#### Caracterização dos enfermeiros

Como podemos verificar no quadro 31, relativamente às habilitações literárias dos enfermeiros que realizaram a avaliação das competências parentais nos cuidados ao RN de risco verifica-se que 80,0% dos enfermeiros são licenciados; 10,0% dos enfermeiros possuem uma pós-graduação e 10,0% o bacharelato em enfermagem. No que consta à categoria profissional 30,0% pertencem à categoria de enfermeiro e 70,0% à de enfermeiro graduado.

Quadro 31 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com as habilitações literárias e com a categoria profissional.

	N	%
Bacharelato	1	10,0
Licenciatura	8	80,0
Pós-graduação	1	10,0
Enfermeiro	3	30,0
Enfermeiro graduado	7	70,0
Total	10	100,0



Quanto ao tempo de serviço como enfermeiro 30,0% dos enfermeiros possuem até 5 anos de experiência; 50,0% possuem entre 6 a 10 anos de experiência; enquanto que 20,0% possuem mais de 10 anos de experiência.

Quadro 32 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com o tempo de serviço como enfermeiro.

	<b>N</b>	<b>%</b>
Até 5 anos	3	30,0
De 6 a 10 anos	5	50,0
Mais de 10 anos	2	20,0
Total	10	100,0

O tempo de serviço variou entre um mínimo de 4,00 anos e um máximo de 32,00 anos, com uma média de 15,10 anos com um desvio padrão de 9,34.

Quadro 33 - Média, desvio-padrão, mínimo e máximo do tempo de serviço como enfermeiro.

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>
Tempo de serviço como enfermeiro	10	4,00	32,00	15,10	9,34

Relativamente ao tempo de serviço como enfermeiro de neonatologia; 40% trabalham na UCIN até há 5 anos; 30% entre 6 a 10 anos; e 30% há mais de 10 anos.

Quadro 34 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com o tempo de serviço como enfermeiro de neonatologia.

	<b>N</b>	<b>%</b>
Até 5 anos	4	40,0
De 6 a 10 anos	3	30,0
Mais de 10 anos	3	30,0
Total	10	100,0

O tempo de serviço enquanto enfermeiro de neonatologia variou entre um mínimo de 1,00 ano e um máximo de 27,00 anos. A média foi 10,10 anos com um desvio padrão de 9,27.

Quadro 35 - Média, desvio-padrão, mínimo e máximo do tempo de serviço como enfermeiro de neonatologia.

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>
Tempo de serviço como enfermeiro de neonatologia	10	1,00	27,00	10,10	9,27

O método de trabalho identificado por 60% dos enfermeiros foi o método do enfermeiro responsável, enquanto que 40% dos enfermeiros mencionaram o método individual.

Quadro 36 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com o método de trabalho.

	N	%
Método individual	4	40,0
Método do enfermeiro responsável	6	60,0
Total	10	100,0

### **Caracterização dos RNs de risco e dos progenitores cuidadores**

Relativamente ao diagnóstico dos RNs internados, constata-se que 50% são prematuros e 50% são de termo internados por patologia, nomeadamente ALTE, TTRN, taquicardia, sépsis e encaminhamento social.

Quadro 37 - Distribuição dos pais acordo com o diagnóstico do RN.

	N	%
Prematuridade	5	50,0
Patologias	5	50,0
Total	10	100,0

O quadro 38 é relativo à distribuição dos pais de acordo com o acompanhamento do internamento do RN. A totalidade dos progenitores cuidadores acompanham o internamento diariamente; sendo que 20,0% estão presentes de 3 a 6 horas; 30,0% estão presentes entre 7 a 12 horas e 50,0% estão presentes mais de 12 horas.

Quadro 38 - Distribuição dos pais de acordo com o acompanhamento do internamento do RN.

	N	%
Diariamente	10	100,0
De 3 a 6 horas	2	20,0
De 7 a 12 horas	3	30,0
Mais de 12 horas	5	50,0
Total	10	100,0

Os enfermeiros foram questionados acerca do interesse que cada progenitor cuidador demonstrava pelo RN e, de acordo com o quadro 39, a totalidade dos enfermeiros consideraram os pais inquiridos interessados no RN.

Quadro 39 - Distribuição dos pais de acordo com o interesse pelo RN.

	N	%
Interessado	10	100,0
Total	10	100,0

Relativamente à existência de alguma patologia ou comportamento de risco susceptível de limitar o progenitor cuidador nos cuidados ao RN, este facto verificou-se num caso, que representa 10%, em que uma mãe está num processo de desintoxicação e a ser medicada com metadona.

Quadro 40 - Distribuição dos pais de acordo com a existência de alguma patologia ou comportamento de risco.

	N	%
Sim	1	10,0
Não	9	90,0
Total	10	100,0

### **Avaliação dos enfermeiros acerca das competências parentais nos cuidados ao RN de risco**

Relativamente à avaliação dos enfermeiros acerca das competências dos pais nos cuidados ao RN de risco as respostas que obtiveram menor pontuação foram, por ordem crescente, as respeitantes aos itens 11, 8, 21 e 30, conforme podemos verificar no quadro 41.

Por sua vez, as respostas que obtiveram maior pontuação, por ordem crescente, foram as dos itens 3, 25, 5 e 6.

O score final variou entre um mínimo de 101,00 e um máximo de 149,00. A média foi de 128,50 com um desvio padrão de 18,72.

Quadro 41 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com as respostas à EACP.

Itens	N	$\bar{x}$	s	Mínimo	Máximo
1- Reconhece os sinais de fome do RN	10	4,30	,67	3,00	5,00
2 – Prepara o material necessário para o banho do RN	10	3,80	,92	2,00	5,00
3- Coloca o termómetro correctamente no RN	10	4,50	,523	4,00	5,00
4- Sabe o que deve fazer no caso de engasgamento do RN	10	4,10	,32	4,00	5,00

5 – Acalma o RN quando ele chora	10	4,80	,42	4,00	5,00
6- Posiciona o RN correctamente no berço	10	4,20	,92	2,00	5,00
7- Muda a fralda ao RN quando ele necessita	10	4,80	,42	4,00	5,00
8- Identifica quando o RN tem calor	10	3,10	1,10	1,00	4,00
9- Identifica quando o RN quer dormir	10	3,50	1,08	2,00	5,00
10- Identifica a frequência e a quantidade de urina do RN	10	3,70	1,06	2,00	5,00
11- Identifica os sinais de infecção a que deve estar atento(a) no RN	10	2,80	1,14	1,00	4,00
12- Identifica quando o RN quer carinho e que interaja com ele	10	4,00	1,15	2,00	5,00
13- Posiciona o RN correctamente para o amamentar ou lhe dar o biberão	10	4,30	,82	3,00	5,00
14- Dá banho ao RN com técnica correcta	10	4,10	,88	3,00	5,00
15- Pega o RN ao colo de forma correcta	10	4,40	,69	3,00	5,00
16- Identifica os sinais que indicam que o bebé está a mamar a quantidade suficiente de leite	10	3,40	1,26	1,00	5,00
17- Consegue conciliar o internamento do RN com a restante vida familiar	10	3,60	,70	3,00	5,00
18- Sabe como deve preparar o ambiente em casa para a temperatura ser adequada para o RN	10	3,90	,88	2,00	5,00
19- Sabe como colocar o RN na cadeira de transporte para o deslocar de carro	10	3,50	,71	2,00	4,00
20- Identifica quando o RN bolsa ou vomita	10	4,10	,99	2,00	5,00
21- Identifica os sinais de dificuldade respiratória a que devo estar atento(a) no RN	10	3,20	1,03	1,00	4,00
22- Identifica as características e a frequência das dejeções do RN	10	3,90	,88	2,00	5,00
23- Identifica a temperatura a partir da qual o RN tem febre	10	3,80	,92	2,00	5,00
24- Identifica quando o RN tem a pele seca ou macerada	10	4,40	,52	4,00	5,00
25- Prepara a roupa adequada para o RN	10	4,50	,53	4,00	5,00
26- Posiciona o RN de forma correcta para eructar	10	4,40	,52	4,00	5,00
27- Reconhece que falar e acarinhar o RN ajuda-o a aprender e a desenvolver-se	10	4,20	,92	2,00	5,00
28- Identifica as instituições de saúde que deve contactar se tiver dificuldades em casa	10	3,90	1,19	1,00	5,00
29- Identifica se a temperatura da água do banho é adequada para o RN	10	3,90	1,29	1,00	5,00
30- Identifica as competências do RN que permitem o seu desenvolvimento	10	3,20	1,23	1,00	4,00
31- Sabe como deve preparar o ambiente para o RN dormir	10	3,60	,84	2,00	5,00
32- Identifica o motivo do choro do RN	10	3,30	,82	2,00	4,00
33- Identifica os sinais de frio no RN	10	3,30	,95	2,00	4,00
Score final	10	128,50	18,72	101,00	149,00

## 2.2 - RESULTADOS DO ESTUDO SUPERVISÃO EM ENFERMAGEM NEONATAL

Neste sub-capítulo apresentamos os resultados obtidos através dos três questionários aplicados.

Começamos por apresentar os resultados obtidos acerca da auto-avaliação de competências parentais e da satisfação dos progenitores cuidadores com os cuidados de enfermagem. Depois apresentamos os resultados obtidos na avaliação de competências parentais realizada pelos enfermeiros. Por último, apresentamos os resultados da prática de enfermagem familiar.

### 2.2.1. – Auto-avaliação de competências parentais e satisfação com os cuidados de enfermagem

Neste sub-capítulo apresentamos os dados obtidos através do questionário de auto-avaliação de competências parentais nos cuidados ao RN de risco e de satisfação com os cuidados de enfermagem, que foi respondido por uma amostra de 101 progenitores cuidadores. A sequência de apresentação é: a caracterização sócio-profissional dos pais, a caracterização do RN de risco e do internamento, a auto-avaliação de competências parentais e a satisfação com os cuidados de enfermagem. Apresentamos também a análise de conteúdo das respostas às questões abertas da ESEN.

#### Caracterização sócio-profissional dos pais

Como se pode verificar no quadro 42, a idade dos progenitores cuidadores está compreendida entre os 18 e os 42 anos. A média foi 30,45 anos com um desvio padrão de 4,72.

Quadro 42 - Distribuição dos pais de acordo com a idade.

	<b>N</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Idade	101	30,45	4,72	18,00	42,00

Como se verifica no quadro 43, quanto ao sexo verificou-se que 44,6% eram do sexo masculino e que 55,4% eram do sexo feminino.

Relativamente à zona de residência 56,4% dos pais pertencem a uma zona rural, enquanto que 43,6% residem numa zona urbana.

Nesta amostra a maioria dos pais são casados, o que corresponde a 86,1%. Verifica-se ainda que 7,9% são solteiros, 4% vivem em união de facto e 2% são divorciados.

Quadro 43 - Distribuição dos pais de acordo com o sexo, a zona de residência e o estado civil.

	N	%
Masculino	45	44,6
Feminino	56	55,4
Rural	57	56,4
Urbana	44	43,6
Solteiro(a)	8	7,9
Casado(a)	87	86,1
Divorciado(a)	2	2,0
União de facto	4	4,0
Total	101	100,0

No quadro 44 é apresentada a distribuição dos pais de acordo com as habilitações literárias e a profissão. No que consta às habilitações literárias constata-se que 13,9% dos pais concluíram o 2º ciclo do EB, que 32,7% concluíram o 3º ciclo do EB, que 25,7% possui o ensino secundário e que 27,7% apresenta formação superior.

Relativamente à profissão dos pais verifica-se que 23,8% não são remunerados, sendo que 11,9% são desempregados, 9,9% são domésticas e 2% são estudantes. Já 18,8% pertencem ao 5º grau da classificação de Graffar, ou seja, são trabalhadores manuais ou operários não especializados. A maioria dos pais que é 30,7%, encontram-se no grupo dos operários especializados, técnicos, peritos e comerciantes, o que corresponde aos 4º, 3º e 2º graus da classificação de Graffar, respectivamente 20,8%, 1% e 8,9%. Por sua vez, 26,7% dos pais são profissionais com formação universitária, pertencendo ao 1º grau da classificação de Graffar.

Quadro 44 - Distribuição dos pais de acordo com as habilitações literárias e com a profissão.

	N	%
2º ciclo do EB	14	13,9
3º ciclo do EB	33	32,7
Ensino Secundário	26	25,7
Ensino Superior	28	27,7
Não remunerados	24	23,8
Trabalhadores manuais ou operários não especializados	19	18,8

Operários especializados, técnicos, peritos e comerciantes	31	30,7
Profissionais com títulos universitários	27	26,7
Total	101	100,0

Verificou-se que 50,5% dos pais tem mais filhos para além do RN internado enquanto que 49,5% não tem mais filhos.

Quadro 45 - Distribuição dos pais de acordo com a existência de mais filhos.

	N	%
Sim	51	50,5
Não	40	49,5
Total	101	100,0

### **Caracterização do RN de risco e do internamento**

Relativamente às complicações durante a gravidez estas verificaram-se em 54,5% dos casos, estando ausentes em 45,5% dos casos.

Quadro 46 - Distribuição dos pais de acordo com as complicações durante a gravidez.

	N	%
Sim	55	54,5
Não	46	45,5
Total	101	100,0

Quanto às semanas de gestação do RN aquando o nascimento constata-se através do quadro 47 que 70,3% são pais de um RN prematuro, enquanto que 29,7% são pais de um RN de termo.

Quadro 47 - Distribuição dos pais de acordo com as semanas de gestação do RN.

	N	%
Pais de RN prematuro	71	70,3
Pais de RN de termo	30	29,7
Total	101	100,0

Mais especificamente a média de semanas de gestação aquando o nascimento foi de 34,50 com um desvio padrão de 3,15. O número mínimo de semanas de gestação foi 28 e o número máximo foi 40.

Quadro 48 - Mínimo, máximo, média e desvio-padrão das semanas de gestação do RN.

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>
Semanas de gestação	101	28,00	40,00	34,50	3,15

Relativamente ao tempo de internamento (quadro 49) verifica-se que 6,9% dos RN estiveram internados até 5 dias; 28,7% estiveram internados de 6 a 10 dias; 24,8% estiveram internados de 11 a 20 dias; 22,8% estiveram internados de 21 a 30 dias e 16,8% estiveram internados mais de 30 dias.

Quadro 49 - Distribuição dos pais de acordo com o tempo de internamento do RN.

	<b>N</b>	<b>%</b>
Até 5 dias	7	6,9
De 6 a 10 dias	29	28,7
De 11 a 20 dias	25	24,8
De 21 a 30 dias	23	22,8
Mais do que 30 dias	17	16,8
Total	101	100,0

O tempo de internamento do RN variou entre um mínimo de 2 dias e um máximo de 90 dias, com uma média de 20,44 dias e um desvio padrão de 15,74.

Quadro 50 - Média, desvio-padrão, mínimo, máximo, do tempo de internamento do RN.

	<b>N</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Tempo de internamento	101	20,44	15,74	2,00	90,00

### **Auto-avaliação das competências parentais**

Relativamente aos resultados obtidos através da EAACP nos cuidados ao RN de risco, verifica-se através do quadro 51 que as respostas com pontuação mais reduzida foram, por ordem crescente, as respectivas aos itens 17, 11, 21, 8 e 32. Já as respostas mais elevadas foram, por ordem crescente, as relativas aos itens 6, 25, 3, 7 e 27.



Quanto ao score final, obtido pelo somatório da pontuação de 1 a 5, constata-se que a média é de 140,46 com um desvio padrão de 10,45 e que o resultado mínimo foi 94 e o máximo 165 (corresponde também ao máximo de pontuação possível).

Quadro 51 - Distribuição dos pais de acordo com as respostas à EAACP

<b>Itens</b>	<b>N</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
1- Reconheço os sinais de fome do bebé	101	4,30	,50	3,00	5,00
2 – Preparo o material necessário para o banho do bebé	101	4,37	,64	2,00	5,00
3- Coloco o termómetro correctamente no bebé	101	4,72	,44	4,00	5,00
4- Sei o que devo fazer no caso de engasgamento do bebé	101	4,17	,62	2,00	5,00
5 – Acalmo o bebé quando ele chora	101	4,40	,51	3,00	5,00
6- Posiciono o bebé correctamente no berço	101	4,69	,48	3,00	5,00
7- Mudo a fralda ao bebé quando ele precisa	101	4,81	,46	2,00	5,00
8- Identifico quando o bebé tem calor	101	3,79	,72	2,00	5,00
9- Identifico quando o bebé quer dormir	100	4,18	,57	2,00	5,00
10- Identifico a frequência e a quantidade de urina do bebé	101	4,10	,61	2,00	5,00
11- Sei quais são os sinais de infecção a que devo estar atento(a) no bebé	101	3,45	,96	1,00	5,00
12- Identifico quando o bebé quer carinho e que “converse” com ele	101	4,35	,55	3,00	5,00
13- Posiciono o bebé correctamente para o amamentar ou lhe dar o biberão	101	4,50	,54	3,00	5,00
14- Dou banho ao bebé com técnica correcta	100	4,31	,56	2,00	5,00
15- Pego o bebé ao colo de forma correcta	101	4,50	,54	3,00	5,00
16-Sei quais são os sinais de que o bebé está a mamar a quantidade de leite suficiente	101	4,00	,77	1,00	5,00
17- Consigo conciliar o internamento do bebé com a restante vida familiar	101	3,28	1,02	1,00	5,00
18- Em casa sei como devo preparar o ambiente para a temperatura ser adequada ao bebé	101	4,12	,54	1,00	5,00

19- Sei como colocar o bebé na cadeira para o transportar de carro	101	4,01	,74	2,00	5,00
20- Identifico quando o bebé bolsa ou vomita	101	4,32	,53	3,00	5,00
21-Sei quais os sinais de dificuldade respiratória a que devo estar atento(a) no bebé	101	3,75	,86	1,00	5,00
22- Identifico as características e a frequência das fezes do bebé	101	4,04	,62	2,00	5,00
23-Sei qual é a temperatura a partir da qual o bebé tem febre	101	4,47	,62	2,00	5,00
24- Identifico quando o bebé tem a pele seca ou assada	101	4,53	,53	3,00	5,00
25- Preparo a roupa adequada para o bebé	101	4,70	,45	4,00	5,00
26- Posiciono o bebé de forma correcta para arrotar	101	4,59	,51	3,00	5,00
27- Reconheço que falar e acarinhar o bebé ajuda-o a aprender e a desenvolver-se	101	4,81	,39	4,00	5,00
28-Se tiver dificuldades em casa sei quem devo contactar para pedir ajuda	101	4,42	,66	2,00	5,00
29- Identifico se a temperatura da água do banho é adequada para o bebé	101	4,41	,55	2,00	5,00
30- Sei quais as capacidades do bebé que permitem o seu desenvolvimento	100	4,10	,52	3,00	5,00
31- Sei como devo preparar o ambiente para o bebé dormir	101	4,24	,51	2,00	5,00
32- Identifico o motivo do choro do bebé	101	3,87	,70	1,00	5,00
33- Identifico os sinais de frio no bebé	101	4,12	,54	2,00	5,00
Score final	101	140,46	10,45	94,00	165,00

### Satisfação dos progenitores cuidadores com os cuidados de enfermagem

Relativamente à satisfação dos progenitores cuidadores com os cuidados de enfermagem começamos por apresentar os resultados obtidos na EECE, que constitui a secção 1. A pontuação das respostas variou entre 0 e 6.

Como se pode verificar no quadro 52, nesta sub-escala as respostas com uma média de pontuação mais reduzida foram, por ordem crescente, as dos itens 21, 22, 11, 12, 8 e 6 . Já as respostas com uma média mais elevada foram, também por ordem crescente 2, 14, 5, 9, 15 e 24.

O score final foi transformado para um valor de 0 a 100 (de acordo com as indicações dos autores), variou entre 66,03 e 100,0, tendo sido obtida uma média de 88,27 com um desvio padrão de 6,66.

Quadro 52 - Distribuição dos pais de acordo com as respostas à EECE.

<b>Itens</b>	<b>N</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
1. Foi fácil dar uma risada com os enfermeiros.	101	5,18	,67	3,00	6,00
2. Os enfermeiros favoreceram alguns utentes em detrimento de outros.	100	5,62	,86	2,00	6,00
3. Os enfermeiros não me disseram o suficiente sobre o tratamento.	100	5,56	,71	2,00	6,00
4. Os enfermeiros eram demasiado descontraídos e relaxados.	101	5,17	1,32	,00	6,00
5. Os enfermeiros demoravam muito tempo a chegar quando eram chamados.	101	5,63	,71	1,00	6,00
6. Os enfermeiros deram-me informação justamente quando eu precisei.	101	4,98	1,12	,00	6,00
7. Os enfermeiros não pareciam saber o que eu estava a passar.	101	5,54	,71	3,00	6,00
8. Os enfermeiros apagavam as luzes muito tarde à noite.	100	4,96	1,21373	3,00	6,00
9. Os enfermeiros forçaram-me a fazer coisas antes de eu estar preparado.	101	5,64	,76	,00	6,00
10. Não importava o quanto os enfermeiros estivessem ocupados, eles arranjavam tempo para mim.	101	5,27	,67	2,00	6,00
11. Eu vi os enfermeiros como amigos.	101	4,95	,97	,00	6,00
12. Os enfermeiros gastavam tempo a confortar os utentes que estavam aborrecidos.	101	4,95	1,13	,00	6,00
13. Os enfermeiros verificavam regularmente para se certificarem de que eu estava bem.	101	5,23	1,00	,00	6,00
14. Os enfermeiros deixavam as coisas acumularem-se.	101	5,62	,64	3,00	6,00
15. Os enfermeiros não tinham interesse em mim como pessoa.	101	5,66	,63	3,00	6,00
16. Os enfermeiros explicaram o que se passava.	101	5,18	,50	4,00	6,00
17. Os enfermeiros explicavam o que iam fazer antes dos procedimentos.	101	5,33	,51	4,00	6,00
18. Os enfermeiros disseram ao turno seguinte o que estava a acontecer com os cuidados.	101	5,27	,66	2,00	6,00
19. Os enfermeiros sabiam o que fazer sem depender dos médicos.	101	5,29	,78	1,00	6,00

20. Os enfermeiros costumavam ir embora e esquecer o que os utentes tinham pedido.	101	5,49	,78	1,00	6,00
21. Os enfermeiros asseguravam que os utentes tinham privacidade quando precisavam.	101	4,61	1,08	,00	6,00
22. Os enfermeiros tinham tempo para se sentarem e falarem comigo.	101	4,89	,83	1,00	6,00
23. Médicos e enfermeiros trabalhavam bem juntos como uma equipa.	101	5,14	,68	3,00	6,00
24. Os enfermeiros não pareciam saber o que cada um estava a fazer.	101	5,75	,53	3,00	6,00
25. Os enfermeiros sabiam o que era melhor fazer.	101	5,31	,67	2,00	6,00
26. Havia uma atmosfera alegre no serviço, graças aos enfermeiros.	101	5,37	,61	4,00	6,00
Score final da EECE	101	88,27	6,66	66,03	100,0

A segunda sub-escala, ESCE, constitui a secção 2 e a pontuação das respostas varia entre 0 e 4. No quadro 53 está a distribuição dos pais de acordo com as respostas a esta sub-escala. As respostas com uma média de pontuação mais reduzida foram, por ordem crescente, as dos itens 11, 18, 16 e 1. Já as respostas com uma média mais elevada foram, também por ordem crescente 10, 2 e 9.

O score final desta sub-escala foi também transformado para um valor de 0 a 100 e variou entre 44,74 e 100,0, tendo sido obtida uma média de 81,04 com um desvio padrão de 11,52.

Quadro 53 - Distribuição dos pais de acordo com as respostas à ESCE.

<b>Itens</b>	<b>N</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
1- A quantidade de tempo que os enfermeiros gastaram consigo	101	3,07	,62	2,00	4,00
2- Quão capazes eram os enfermeiros no seu trabalho	100	3,50	,62	1,00	4,00
3- Havia sempre um enfermeiro por perto se precisasse de um	101	3,17	,65	2,00	4,00
4- A quantidade de enfermeiros que sabia acerca dos cuidados	100	3,18	,51	2,00	4,00
5- Quão rápido vinham os enfermeiros quando chamava por eles	100	3,27	,60	2,00	4,00
6- A maneira como os enfermeiros o fizeram sentir-se em casa	101	3,41	,68	2,00	4,00
7- A quantidade de informação que os enfermeiros lhe deram acerca da situação e tratamento	101	3,26	,71	1,00	4,00

8- Quanto frequentemente os enfermeiros verificavam se estava bem	101	3,44	,62	2,00	4,00
9- A ajuda dos enfermeiros	101	3,53	,60	2,00	4,00
10- A maneira como os enfermeiros lhe explicavam as coisas	101	3,45	,64	1,00	4,00
11- Como os enfermeiros ajudaram a descansar os seus familiares e amigos	101	2,59	,80	1,00	4,00
12- A maneira dos enfermeiros encararem o seu trabalho	101	3,26	,59	2,00	4,00
13- O tipo de informação que os enfermeiros lhe davam acerca da situação ou tratamento	100	3,24	,66	1,00	4,00
14- A forma dos enfermeiros o tratarem enquanto indivíduo	101	3,39	,61	2,00	4,00
15 – Como os enfermeiros ouviam as suas preocupações e problemas	101	3,34	,65	1,00	4,00
16- O total de liberdade que lhe era dada no serviço	101	3,00	,69	2,00	4,00
17- A vontade dos enfermeiros responderem aos seus pedidos	101	3,27	,53	2,00	4,00
18- O total de privacidade que os enfermeiros lhe davam	101	3,00	,67	2,00	4,00
19- A consciência dos enfermeiros acerca das suas necessidades	101	3,17	,55	2,00	4,00
Score final da ESCE	101	81,04	11,52	44,74	100,00

A secção 3 da ESEN é constituída por 5 questões, sendo as duas últimas de resposta aberta, tendo sido por isso realizada a respectiva análise de conteúdo.

Relativamente à questão 1 - Havia um enfermeiro encarregue dos cuidados de cada utente neste serviço? - verificou-se que 94,1% dos pais consideram que existe um enfermeiro encarregue dos cuidados de cada utente na UCIN. Por sua vez, 2% dos pais responderam negativamente, enquanto que 4% afirmaram não ter certeza.

Quadro 54 - Distribuição dos pais relativamente à questão 1 da secção 3 da ESEN.

	N	%
Sim	95	94,1
Não	2	2,0
Não tenho a certeza	4	4,0
Total	101	100,0

Relativamente à questão 2 - Como pontuava os cuidados de enfermagem que recebeu neste serviço? - a maioria dos pais, que corresponde a 67,3%, considerou que

os cuidados de enfermagem eram muito bons. Já 28,7% considerou-os excelentes, 3% afirmaram que eram bons e 1% afirmou que eram adequados.

Quadro 55 - Distribuição dos pais relativamente à questão 2 da secção 3 da ESEN.

	<b>N</b>	<b>%</b>
Adequados	1	1,0
Bons	3	3,0
Muito bons	68	67,3
Excelentes	29	28,7
Total	101	100,0

A média das respostas a esta questão foi 6,23 com um desvio padrão de 0,55 como se verifica no quadro 56.

Quadro 56 - Média, desvio-padrão, mínimo e máximo relativamente à questão 2 da secção 3 da ESEN.

<b>Itens</b>	<b>N</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Questão 2	101	6,23	,55	4,00	7,00

Relativamente à questão 3, na globalidade, a estadia na UCIN foi pontuada por 42,6% dos pais como muito boa, 36,6% consideraram-na boa e 17,8% considerou-a excelente. A estadia na UCIN foi ainda considerada adequada por 2% dos pais e fraca por 1% dos pais.

Quadro 57 - Distribuição dos pais relativamente à questão 3 da secção 3 da ESEN.

	<b>N</b>	<b>%</b>
Fraca	1	1,0
Adequada	2	2,0
Boa	37	36,6
Muito boa	43	42,6
Excelente	18	17,8
Total	101	100,0

Através do quadro 58 verifica-se que a média das respostas a esta questão foi 5,74 com um desvio padrão de 0,81.

Quadro 58 - Média, desvio-padrão, mínimo e máximo relativamente à questão 3 da secção 3 da ESEN.

Itens	N	$\bar{x}$	s	Mínimo	Máximo
Questão 3	101	5,74	,81	3,00	7,00

### Análise de conteúdo das respostas às questões abertas da ESEN

No quadro 59 é apresentada a análise de conteúdo às respostas à questão 4 da ESEN - Existem algumas maneiras em que os cuidados de enfermagem pudessem ser melhorados durante a sua estadia actual neste hospital? – a maioria das respostas (52,8%) foram negativas, ou seja, não há maneiras de melhorar os cuidados de enfermagem nesta estadia. Houve também 25,5% de respostas em branco (ausência de resposta). Os recursos humanos e físicos foram também mencionados em 18,9% das respostas, sendo que nestes destacaram o número de enfermeiros por turno (12,3%) e as condições físicas (6,6%). Na categoria intervenções de enfermagem a corrigir, referida em 2,8% das respostas os pais mencionaram a incoerência nos ensinamentos e na prática entre os enfermeiros (1,9%) e que era positivo atribuir a mesma enfermeira a cada utente (0,9%).

Quadro 59 - Análise de conteúdo das respostas à questão 4 da secção 3 da ESEN.

Categorias de resposta	Sub-categorias de resposta	Definição	Exemplos	%
Resposta negativa		Nesta categoria incluímos todos os pais que responderam que não existiam maneiras de melhorar os cuidados de enfermagem	P40: <i>“Não. Muito pelo contrário. Tinha uma ideia completamente errada sobre os enfermeiros. Fui muito bem tratada e informada.”</i>	52,8
Ausência de resposta		Nesta categoria incluímos todos os pais que não		25,5

		responderam à questão		
Recursos humanos e físicos	Número de enfermeiros	Definimos esta categoria como o conjunto de factores relativos ao número de enfermeiros e às instalações hospitalares	P2: <i>“Mais enfermeiros por turno, estavam sobrecarregadas”</i> P4: <i>“sim, com melhores condições de materiais e físicas, instalações e equipamentos”</i>	18,9
	Condições físicas			
Intervenções da equipa de enfermagem a corrigir	Incoerência nos ensinamentos e na prática entre os enfermeiros	Definimos esta categoria como os factores relativos à intervenção dos enfermeiros que podem ser melhorados	P90: <i>“(…) em cada turno havia um grupo diferente de enfermeiras e cada uma tinha a sua opinião e ensinamentos diferentes (...)”</i> P95: <i>“Deveria ser atribuída a mesma enfermeira ao utente sempre que estivesse ao serviço..”</i>	2,8
	Atribuição da mesma enfermeira à díade mãe-RN			

Por sua vez, no quadro 60 é apresentada a análise de conteúdo das respostas à questão 5 da ESEN – Existem outros comentários que gostasse de fazer? – verificou-se que 35,9% das respostas dos pais foram negativas. Houve também 35% de respostas em branco (ausência de resposta). Os agradecimentos aos profissionais de saúde da UCIN perfizeram 16,5% e os recursos físicos 5,8%. Os comentários relativamente às intervenções da equipa de enfermagem a corrigir foram 3,9% e englobaram a incoerência entre os enfermeiros (1,9%), a atenção relativamente aos pais (1,0%) e a promoção da auto-confiança da mãe (1,0%). 2,9% dos comentários foram relativos ao regulamento das visitas da UCIN, sendo de explicitar que na UCIN apenas podem entrar os pais, que dispõem de flexibilidade de horário e os irmãos uma vez por semana.



Quadro 60 - Análise de conteúdo das respostas à questão 5 da secção 3 da ESEN.

<b>Categorias de Resposta</b>	<b>Sub-categorias de resposta</b>	<b>Definição</b>	<b>Exemplos</b>	<b>%</b>
Resposta negativa		Nesta categoria incluímos todos os pais que responderam que não existiam maneiras de melhorar os cuidados	P21: <i>“Não, correu tudo bem.”</i>	35,9
Ausência de resposta		Nesta categoria incluímos todos os pais que não responderam à questão		35,0
Agradecimentos		Definimos esta categoria como os comentários que agradecem e incentivam a intervenção de enfermagem	P24- <i>“(…) são incansáveis com os nossos filhos e connosco. (...) graças a eles – eles conseguem viver quando são prematuros.”</i> P58: <i>(…) fomos muito bem recebidos e esclarecidos.”</i> P97: <i>“Gostaria de agradecer a todas as enfermeiras (...): a sua ajuda, a sua amizade e os seus cuidados. É muito importante sentir isto para uma mãe.”</i>	16,5
Recursos físicos		Definimos esta categoria como o conjunto de factores às instalações hospitalares	P32: <i>“As condições desta unidade devem ser melhorada (mais espaço, e equipamento mais</i>	5,8

			<i>moderno)."</i>	
Intervenções da equipa de enfermagem a corrigir	Incoerência entre os enfermeiros	Definimos esta categoria como os factores relativos à intervenção dos enfermeiros que podem ser melhorados	P87: <i>"Ainda existe alguma disparidade entre alguns conceitos e práticas levadas a cabo pelos enfermeiros.</i> P90: <i>"Darem-nos mais atenção (isto aplica-se a algumas)</i> P95: <i>"Nestas condições a mãe sente-se insegura, deveria ainda mais ser estimulada a autoconfiança da mãe para tratar do seu bebé".</i>	3,9
	Atenção relativamente aos pais			
	Promoção da auto-confiança da mãe			
Visitas		Definimos esta categoria como as sugestões relativamente ao regulamento das visitas na UCIN	P27: <i>" em relação às visitas dos familiares podiam tolerar mais mesmo que fosse só pelo vidro..."</i>	2,9

### 2.2.2 – Avaliação de competências parentais realizada pelos enfermeiros

Neste sub-capítulo apresentamos os resultados obtidos no questionário avaliação de competências parentais nos cuidados ao RN de risco. Iniciamos a apresentação pela caracterização dos enfermeiros, seguido pela caracterização dos RNs de risco e dos progenitores cuidadores e, por último, apresentamos a avaliação de competências parentais realizada pelos enfermeiros.

A amostra dos enfermeiros que realizaram a avaliação das competências parentais nos cuidados ao RN de risco é constituída por 14 enfermeiros que desempenham funções na UCIN do HIP. Sempre que um dos pais realizava a auto-avaliação de competências nos cuidados ao RN, um dos enfermeiros que habitualmente prestava cuidados ao RN respondia ao questionário tendo em conta a sua avaliação

acerca das competências dos pais nos cuidados ao RN. Foram respondidos 101 questionários por esta amostra de enfermeiros.

### **Caracterização dos enfermeiros**

Relativamente às habilitações literárias dos enfermeiros que realizaram a avaliação das competências parentais nos cuidados ao RN de risco verifica-se que 90,1% dos enfermeiros são licenciados; 5,9% dos enfermeiros possuem uma pós-graduação e 4% o bacharelato em enfermagem. No que consta à categoria profissional 63,4% pertencem à categoria de enfermeiro e 36,6% à de enfermeiro graduado.

Quadro 61 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com as habilitações literárias e com a categoria profissional.

	<b>N</b>	<b>%</b>
Bacharelato	4	4,0
Licenciatura	91	90,1
Pós-graduação	6	5,9
Enfermeiro	64	63,4
Enfermeiro graduado	37	36,6
Total	101	100,0

Como se pode verificar no quadro 62, quanto ao tempo de serviço como enfermeiro 53,5% dos enfermeiros possuem até 5 anos de experiência; 9,9% possuem entre 6 a 10 anos de experiência; enquanto que 36,6% possuem mais de 10 anos de experiência.

Quadro 62 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com o tempo de serviço como enfermeiro.

	<b>N</b>	<b>%</b>
Até 5 anos	54	53,5
De 6 a 10 anos	10	9,9
Mais de 10 anos	37	36,6
Total	101	100,0

Através do quadro 63 constata-se que o tempo de serviço variou entre um mínimo de 4,00 anos e um máximo de 36,00 anos, com uma média de 10,85 anos e com um desvio padrão de 9,23.

Quadro 63 - Média, desvio-padrão, mínimo e máximo do tempo de serviço como enfermeiro.

	<b>N</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Tempo de serviço como enfermeiro	101	10,85	9,23	4,00	36,00

Relativamente ao tempo de serviço como enfermeiro de neonatologia; 67,3% trabalham na UCIN até há 5 anos; 16,8% entre 6 a 10 anos; e 15,8% há mais de 10 anos.

Quadro 64 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com o tempo de serviço como enfermeiro de neonatologia.

	<b>N</b>	<b>%</b>
Até 5 anos	68	67,3
De 6 a 10 anos	17	16,8
Mais de 10 anos	16	15,8
Total	101	100,0

Como se pode verificar no quadro 65, o tempo de serviço enquanto enfermeiro de neonatologia variou entre um mínimo de 1,00 ano e um máximo de 30,00 anos. A média foi 6,96 anos com um desvio padrão de 8,31.

Quadro 65 - Média, desvio-padrão, mínimo e máximo do tempo de serviço como enfermeiro de neonatologia.

	<b>N</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Tempo de serviço como enfermeiro de neonatologia	101	6,96	8,31	1,00	30,00

O método de trabalho identificado por 98% dos enfermeiros foi o método do enfermeiro responsável, enquanto que 2% dos enfermeiros mencionaram o método individual.

Quadro 66 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com o método de trabalho.

	<b>N</b>	<b>%</b>
Método individual	2	2,0
Método do enfermeiro responsável	99	98,0
Total	101	100,0

### **Caracterização dos RNs de risco e dos progenitores cuidadores**

Os diagnósticos dos RNs foram vários e perfizeram um total de 20 diagnósticos diferentes. No quadro 67 foram agrupados em prematuridade, que representa 60,4% dos

casos e em patologias, que representa 39,6% dos casos. No grupo da prematuridade 46,5% das situações foram de prematuridade e 13,9% foram situações de prematuridade e de RN LIG.

Por sua vez, no grupo das patologias, que representa 39,6% dos casos, constatou-se que 10,9% dos RN sofreram uma sépsis, 5% apresentaram TTRN, 3% apresentaram febre e 3% apresentaram um episódio suspeito de ALTE. Os diagnósticos de fenda do palato e vômitos, enfarte cerebral, taquicardia, hemorragia cerebral e pulmonar apresentaram um valor de 2% cada. Já os diagnósticos intolerância alimentar, bronquiolite e desnutrição, atelectasia pulmonar, edema e hematoma ocular, tosse coquelochóide, situação social desfavorável, vômitos e dificuldade em mamar, má progressão ponderal, risco infeccioso e suspeita de aspiração apresentaram um valor de 1% cada.

Quadro 67 - Distribuição dos pais de acordo com o diagnóstico do RN.

	N	%
Prematuridade	61	60,4
Patologias	40	39,6
Total	101	100,0

No que é relativo ao acompanhamento do internamento do RN (quadro 68), a totalidade dos progenitores cuidadores acompanham o internamento diariamente; sendo que 5,0% estão presentes de 3 a 6 horas; 49,5% estão presentes entre 6 a 12 horas e 45,5% estão presentes mais de 12 horas.

Quadro 68 - Distribuição dos pais de acordo com o acompanhamento do internamento do RN.

	N	%
Diariamente	101	100,0
De 3 a 6 horas	5	5,0
De 6 a 12 horas	50	49,5
Mais de 12 horas	46	45,5
Total	101	100,0

Os enfermeiros foram questionados acerca do interesse que cada progenitor cuidador demonstrava pelo RN e 100,0% dos enfermeiros consideraram os pais inquiridos interessados no RN.

Quadro 69 - Distribuição dos pais de acordo com o interesse pelo RN.

	N	%
Interessado	101	100,0
Total	101	100,0

Relativamente à existência de alguma patologia ou comportamento de risco susceptível de limitar o progenitor cuidador nos cuidados ao RN, este facto verificou-se num caso, que representa 1% dos casos, em que uma mãe apresenta doença bipolar.

Quadro 70 - Distribuição dos pais de acordo com a existência de alguma patologia ou comportamento de risco.

	N	%
Sim	1	1,0
Não	100	99,0
Total	101	100,0

### **Avaliação dos enfermeiros acerca das competências parentais**

No quadro 71 está a distribuição relativamente à avaliação dos enfermeiros acerca das competências dos pais nos cuidados ao RN de risco. As respostas que obtiveram menos pontuação foram, por ordem crescente, as respeitantes aos itens 11, 17, 21, 19 e 30.

Por sua vez, as respostas que obtiveram maior pontuação, por ordem crescente, foram as dos itens 6 e 13, 15, 26, 3 e 7.

O score final variou entre um mínimo de 123,00 e um máximo de 165,00. A média foi de 141,98 com um desvio padrão de 9,65.

Quadro 71 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com as respostas à EACP.

Itens	N	$\bar{x}$	s	Mínimo	Máximo
1- Reconhece os sinais de fome do RN	101	4,40	,49	4,00	5,00
2 – Prepara o material necessário para o banho do RN	101	4,31	,58	2,00	5,00
3- Coloca o termómetro correctamente no RN	101	4,77	,42	4,00	5,00
4- Sabe o que deve fazer no caso de engasgamento do RN	101	4,17	,45	3,00	5,00
5 – Acalma o RN quando ele chora	101	4,49	,50	4,00	5,00
6- Posiciona o RN correctamente no berço	101	4,68	,46	4,00	5,00

7- Muda a fralda ao RN quando ele necess	101	4,86	,34	4,00	5,00
8- Identifica quando o RN tem calor	101	4,32	4,03	2,00	5,00
9- Identifica quando o RN quer dormir	100	4,27	,49	3,00	5,00
10- Identifica a frequência e a quantidade de urina do RN	101	4,28	,55	2,00	5,00
11- Identifica os sinais de infecção a que deve estar atento(a) no RN	101	3,48	,92	2,00	5,00
12- Identifica quando o RN quer carinho e que interaja com ele	101	4,49	,55	2,00	5,00
13- Posiciona o RN correctamente para o amamentar ou lhe dar o biberão	101	4,68	,48	3,00	5,00
14- Dá banho ao RN com técnica correcta	100	4,50	,57	3,00	5,00
15- Pega o RN ao colo de forma correcta	101	4,74	,43	4,00	5,00
16- Identifica os sinais que indicam que o bebé está a mamar a quantidade suficiente de leite	101	4,19	,49	2,00	5,00
17- Consegue conciliar o internamento do RN com a restante vida familiar	101	3,54	,71	2,00	5,00
18- Sabe como deve preparar o ambiente em casa para a temperatura ser adequada para o RN	101	4,04	,35	3,00	5,00
19- Sabe como colocar o RN na cadeira de transporte para o deslocar de carro	101	3,70	,62	2,00	5,00
20- Identifica quando o RN bolsa ou vomita	101	4,31	,50	3,00	5,00
21- Identifica os sinais de dificuldade respiratória a que devo estar atento(a) no RN	101	3,69	,84	2,00	5,00
22- Identifica as características e a frequência das dejeções do RN	101	4,25	,48	3,00	5,00
23- Identifica a temperatura a partir da qual o RN tem febre	101	4,43	,60	3,00	5,00
24- Identifica quando o RN tem a pele seca ou macerada	101	4,44	,51	3,00	5,00
25- Prepara a roupa adequada para o RN	101	4,66	,47	4,00	5,00
26- Posiciona o RN de forma correcta para eructar	101	4,75	,43	4,00	5,00
27- Reconhece que falar e acarinhar o RN ajuda-o a aprender e a desenvolver-se	101	4,65	,51	3,00	5,00
28- Identifica as instituições de saúde que deve contactar se tiver dificuldades em casa	101	4,14	,49	3,00	5,00
29- Identifica se a temperatura da água do banho é adequada para o RN	101	4,44	,49	4,00	5,00
30- Identifica as competências do RN que permitem o seu desenvolvimento	100	3,83	,56	2,00	5,00
31- Sabe como deve preparar o ambiente para o RN dormir	101	4,19	,40	4,00	5,00
32- Identifica o motivo do choro do RN	101	4,01	,54	2,00	5,00

33- Identifica os sinais de frio no RN	101	4,10	,39	3,00	5,00
Score final	101	141,98	9,65	123,00	165,00

### 2.2.3 – Prática de enfermagem familiar

Neste sub-capítulo apresentamos os resultados obtidos através do questionário da prática de enfermagem familiar. Este instrumento foi aplicado a 36 enfermeiros do Serviço de Pediatria/UCIN do HIP, uma vez que a equipa de enfermagem é rotativa e presta cuidados de enfermagem nestes dois serviços. Em primeiro lugar apresentamos a caracterização dos enfermeiros, depois os resultados obtidos através da EPEF e a análise de conteúdo às respostas das questões abertas.

#### Caracterização dos enfermeiros

Relativamente às habilitações literárias dos enfermeiros que realizaram a EPEF verifica-se que 83,3% dos enfermeiros são licenciados; 5,6% dos enfermeiros possuem uma pós-graduação e 11,1% o bacharelato em enfermagem. No que consta à categoria profissional 27,8% pertencem à categoria de enfermeiro; 58,3% à de enfermeiro graduado e 13,9% à de enfermeiro especialista.

Quadro 72 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com as habilitações literárias e com a categoria profissional.

	N	%
Bacharelato	4	11,1
Licenciatura	30	83,3
Pós-graduação	2	5,6
Enfermeiro	10	27,8
Enfermeiro graduado	21	58,3
Enfermeiro especialista	5	13,9
Total	36	100,0

Quanto ao tempo de serviço como enfermeiro, cuja distribuição está no quadro 73, 19,4% dos enfermeiros possuem até 5 anos de experiência; 13,9% possuem entre 6 a 15 anos de experiência; 25,0% possuem entre 16 a 25 anos de experiência; enquanto que 41,7% possuem mais de 25 anos de experiência.



Quadro 73 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com o tempo de serviço como enfermeiro.

	<b>N</b>	<b>%</b>
Até 5 anos	7	19,4
De 6 a 15 anos	5	13,9
De 16 a 25 anos	9	25,0
Mais de 25 anos	15	41,7
Total	36	100,0

No quadro 74 verifica-se que o tempo de serviço variou entre um mínimo de 2,00 anos e um máximo de 36,00 anos, com uma média de 20,11 anos e um desvio padrão de 11,69.

Quadro 74 - Média, desvio-padrão, mínimo e máximo do tempo de serviço como enfermeiro.

	<b>N</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Tempo de serviço como enfermeiro	36	20,11	11,69	2,00	36,00

No quadro 75 verifica-se que relativamente ao tempo de serviço como enfermeiro de neonatologia/pediatria; 30,6% trabalham na área até há 5 anos; 19,4% entre 6 a 15 anos; 25,0% entre 16 e 25 anos e 19,4% há mais de 25 anos. É de referir ainda que 5,6% dos enfermeiros não responderam.

Quadro 75 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com o tempo de serviço como enfermeiro de neonatologia/pediatria.

	<b>N</b>	<b>%</b>
Até 5 anos	11	30,6
De 6 a 15 anos	7	19,4
De 16 a 25 anos	9	25,0
Mais de 25 anos	7	19,4
Não responderam	2	5,6
Total	36	100,0

O tempo de serviço enquanto enfermeiro de neonatologia/pediatria variou entre um mínimo de 0,1 ano e um máximo de 31,00 anos. A média foi 13,55 anos com um desvio padrão de 10,69; conforme se visualiza no quadro 76.

Quadro 76 - Média, desvio-padrão, mínimo e máximo do tempo de serviço como enfermeiro de neonatologia/pediatria.

	<b>N</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Tempo de serviço como enfermeiro de neonatologia/pediatria	36	13,55	10,69	0,1	31,00

Relativamente ao método de trabalho 55,6% dos enfermeiros afirmaram que a metodologia em vigor era a do método do enfermeiro responsável; 41,7% afirmaram ser o método individual e 2,8% mencionaram o método do enfermeiro principal.

Quadro 77 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com o método de trabalho.

	<b>N</b>	<b>%</b>
Método individual	15	41,7
Método do enfermeiro responsável	20	55,6
Outro (método do enfermeiro principal)	1	2,8
Total	36	100,0

### Prática de enfermagem familiar

Relativamente aos resultados obtidos através da EPEF, presentes no quadro 78, as respostas que obtiveram uma pontuação mais baixa foram, por ordem crescente, as relativas aos itens 6, 3 e 8. Já as respostas que obtiveram uma pontuação mais elevada foram, por ordem crescente, as dos itens 5, 7 e 9.

Quanto ao score final, obtido pela soma das respostas na totalidade dos itens, a média foi de 38,56 com um desvio padrão de 4,59. O score final variou entre um mínimo de 30,00 e um máximo de 49,00.

Quadro 78 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com as respostas à EPEF.

<b>Itens</b>	<b>N</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
1- O meu nível de confiança em trabalhar com as famílias é	36	3,97	,81	2,00	5,00
2- O meu nível de satisfação com a enfermagem familiar é	36	3,83	,69	2,00	5,00
3- O meu nível de conhecimento sobre a enfermagem familiar é	36	3,52	,84	2,00	5,00
4- A minha capacidade em trabalhar com o sistema familiar é	36	3,80	,70	2,00	5,00
5- Eu sinto-me confortável em iniciar o envolvimento da família no planeamento dos cuidados de enfermagem.	36	4,00	,67	3,00	5,00

6- Eu planeio as intervenções de enfermagem consultando o utente e a família.	36	3,47	,77	2,00	5,00
7- As famílias abordam-me sempre acerca do seu familiar doente.	36	4,02	,65	3,00	5,00
8 – Eu promovo a participação, a escolha e o controlo do utente/família na identificação das necessidades de cuidados de saúde.	36	3,77	,54	2,00	5,00
9- O meu envolvimento com as famílias é maioritariamente gratificante.	36	4,19	,66	3,00	5,00
10- Eu evito interferências dos meus próprios juízos de valor quando colho, interpreto e comunico informações acerca dos utentes e famílias	36	3,94	,71	2,00	5,00
Score final	36	38,56	4,59	30,00	49,00

### **Análise de conteúdo das respostas às questões abertas da EPEF**

As questões 11, 12 e 13 da EPEF são abertas, por isso recorreremos à análise de conteúdo.

No quadro 79 apresenta-se a análise de conteúdo das respostas à questão 11 da EPEF - Que problemas ou inconvenientes existem na sua prática de enfermagem por envolver a família na avaliação e no planeamento de cuidados? Verifica-se que 37,0% das respostas dos enfermeiros apontam para os recursos humanos e físicos, nomeadamente a falta de disponibilidade dos enfermeiros (25,9 %), o número reduzido de enfermeiros por turno (9,3%) e a falta de estruturas físicas adequadas (1,9%).

Também em 37,0% das respostas os enfermeiros referiram que as limitações por parte da família interferem com o seu envolvimento no planeamento e avaliação dos cuidados, entre as quais a falta de receptividade/motivação por parte de alguns pais em envolverem-se nos cuidados (18,5%), a falta de informação/competência por parte da família (7,4%), a ansiedade da família (3,7%), a ausência da família (3,7%), a falta de sinceridade da família na transmissão de dados (1,9%) e o incumprimento dos cuidados negociados por parte da família (1,9%).

Por outro lado, em 13,1% das respostas foram destacadas as limitações relativas à equipa de enfermagem, entre as quais a dificuldade em avaliar as competências da família para determinadas acções planeadas (3,7%), a falta de competência por parte dos enfermeiros (3,7%), a exigência de uma reorganização do planeamento de cuidados habitual (1,9%), a falta de continuidade dos cuidados (1,9%) e a autonomia limitada dos enfermeiros (1,9%).

Por último, em 12,9% das respostas os enfermeiros afirmaram que não existem problemas ou inconveniente no envolvimento da família no planeamento e avaliação dos cuidados.

Quadro 79: Análise de Conteúdo das respostas à questão 11 da EPEF.

<b>Categorias de resposta</b>	<b>Sub-categorias de resposta</b>	<b>Definição</b>	<b>Exemplos</b>	<b>%</b>
Recursos humanos e físicos	Falta de disponibilidade dos enfermeiros	Definimos recursos humanos e físicos como os aspectos relativos ao número de enfermeiros e às instalações físicas do serviço	E17: <i>“requer mais tempo e disponibilidade para motivar, integrar, ensinar e supervisionar a família.”</i> E2: <i>“o maior problema relaciona-se muitas vezes com a falta de tempo e o número de enfermeiros por turno.”</i>	37,0
	Número reduzido de enfermeiros por turno			
	Falta de estruturas físicas adequadas			
Limitações relativas à família	Falta de receptividade e motivação dos pais para o envolvimento nos cuidados	Definimos esta categoria como os aspectos inerentes à família que dificultam o seu envolvimento no planeamento e avaliação dos cuidados	E3: <i>“nem sempre a participação da família é bem aceite por parte deles, achando que é o enfermeiro que deve prestar os cuidados.”</i> E31: <i>“há pais que não querem tomar decisões.”</i> E27: <i>“Medo, ansiedade e falta de conhecimento da família.”</i> E10: <i>“nem sempre a família é sincera...”</i> E 32: <i>“por vezes os pais não cumprem os compromissos assumidos após a negociação.”</i>	37,0
	Falta de informação ou competência da família			
	Ausência da família			
	Ansiedade da família			
	Falta de sinceridade da família na transmissão de dados			
Incumprimento dos cuidados negociados por parte da família				

<p>Limitações relativas à equipa de enfermagem</p>	<p>Reorganização do planeamento de cuidados habitual</p> <hr/> <p>Descontinuidade dos cuidados</p> <hr/> <p>Dificuldade em avaliar a competência da família</p> <hr/> <p>Falta de competência dos enfermeiros</p> <hr/> <p>Autonomia limitada da equipa de enfermagem</p>	<p>Definimos esta categoria como os aspectos que na prática de enfermagem dificultam o envolvimento da família no planeamento e avaliação dos cuidados</p>	<p>E20. <i>“Reorganização do planeamento habitual.”</i></p> <p>E11: <i>“Falta de continuidade do planeamento conjunto com a família por parte dos colegas.”</i></p> <p>E 11: <i>“avaliar o nível de competência da família em determinadas acções.”</i></p> <p>E9: <i>“...são necessárias assertividade e competências que permitam ao enfermeiro lidar com a diversidade social e cultural das famílias.”</i></p> <p>E30: <i>“...acabamos por não responder a todas as questões (...) para não colocarmos em risco o nosso papel caso dissermos uma coisa e outro elemento da equipa de saúde disser outra.”</i></p>	<p>13,1</p>
<p>Ausência de inconvenientes</p>		<p>Definimos esta categoria como a falta de problemas ou inconvenientes no envolvimento da família no planeamento e avaliação de cuidados</p>	<p>E28: <i>“Não existem problemas nem inconvenientes. Só existem vantagens (...)”</i></p>	<p>12,9</p>

No quadro 80 apresenta-se a análise de conteúdo das respostas à questão 12 – Que vantagens, se houver algumas, existem para a sua prática de enfermagem por envolver a família na avaliação e no planeamento de cuidados? – em 39% de repostas os enfermeiros referiram as vantagens para a relação entre os pais e a criança. Dentro destas destacaram a redução do stresse familiar (10,5%), o maior sentido de utilidade dos pais (8,4%), o conhecimento que a família detém acerca da criança e o facto de os pais serem os melhores cuidadores dos filhos (7,4%), o bem-estar para a criança (6,3%), o contributo da parceria de cuidados para a família conhecer melhor a criança (5,2%) e para a vinculação (1,1%).

Já em 35,7% das respostas mencionaram a preparação precoce da alta e dos cuidados no domicílio, mais especificamente, a oportunidade para realizar educação para a saúde (16,8%), a maior confiança dos enfermeiros e da família nos cuidados prestados (13,7%), a avaliação das capacidades e competências da família nos cuidados à criança (4,2%) e o poder de decisão que é dado aos pais (1,1%).

A categoria qualidade dos cuidados foi abordada por 20,0% das respostas, nomeadamente a maior satisfação dos pais e enfermeiros (8,4%), a promoção de uma forte relação entre enfermeiro e família (5,2%), a prestação de cuidados personalizados e com qualidade (3,2%) e a partilha de conhecimentos e experiências entre profissionais e família (3,2%).

Na categoria organização e execução dos cuidados, referida 5,3% no total de respostas, foi destacado que permite orientar a prestação de cuidados durante o turno (2,0%), o desenvolvimento de competências do enfermeiro (1,1%), a articulação com os membros da equipa multidisciplinar de saúde (1,1%) e a maior rapidez na execução dos procedimentos (1,1%).

Quadro 80: Análise de Conteúdo das respostas à questão 12 da EPEF.

<b>Categorias de resposta</b>	<b>Sub-categorias de resposta</b>	<b>Definição</b>	<b>Exemplos</b>	<b>%</b>
Relação entre pais e criança	Stresse familiar	Definimos esta categoria como as vantagens que se verificam para a relação entre pais e criança internada	E4: “ <i>Redução do stresse familiar.</i> ” E11: “ <i>a família sente-se mais útil.</i> ” E5: “ <i>Ajuda a família a conhecer melhor a criança.</i> ”	39,0
	Sentido de utilidade dos pais			
	Pais como os melhores cuidadores da criança			
	Bem-estar da criança			

	Conhecimento da família acerca da criança	derivadas do envolvimento da família nos cuidados	E8: <i>“Os pais são os melhores cuidadores dos seus filhos.”</i> E2: <i>“promove a vinculação pais-filho”</i>	
	Vinculação pais-filho			
Preparação precoce da alta e dos cuidados no domicílio	Educação para a saúde	Definimos esta categoria como os factores que promovem a preparação precoce da alta e os cuidados no domicílio,	E20: <i>“família mais informada, mais participativa, menos insegura e mais preparada para a alta.”</i> E10: <i>“permite-me ter mais confiança nos cuidados da família em casa.”</i>	35,7
	Confiança da família e dos enfermeiros nos cuidados	decorrentes do envolvimento da família no planeamento e avaliação dos cuidados	E23: <i>“fico com a noção das capacidades, competências e autonomia dos familiares.”</i> E30: <i>“É dado poder de decisão aos pais”</i>	
	Avaliação das competências da família			
	Poder de decisão dos pais			
Qualidade dos cuidados	Satisfação dos pais e enfermeiros	Definimos esta categoria como os factores que contribuem para a qualidade dos cuidados,	E22: <i>“todos os elementos têm ganhos pois sentem-se mais seguros e mais confiantes.”</i>	20,0
	Relação entre o enfermeiro e a família	decorrentes do envolvimento da família no planeamento e avaliação de cuidados	E32: <i>“existe um compromisso entre enfermeiro e família que promove a relação entre todos.”</i> E7: <i>“maior certeza de estar a prestar os melhores cuidados ao bebé.”</i> E28: <i>“partilha-se conhecimentos.”</i>	
	Prestação de cuidados personalizados			
	Partilha de conhecimentos e experiências			
Organização e execução	Organização dos cuidados durante o turno	Nesta categoria estão contidos	E19: <i>“Orientar os cuidados no turno”</i>	5,3

dos cuidados	Articulação entre membros da equipa multidisciplinar	aspectos relacionados com a organização e execução dos cuidados.	E32: “ <i>adaptar a prática a cada família também exige o desenvolvimento de competências pedagógicas e relacionais no enfermeiro.</i> ” E10:“(…)pode ser necessário utilizar outros membros da equipa.” E26: “ <i>Maior rapidez na execução de procedimentos.</i> ”
	Competências do enfermeiro		
	Rapidez na execução dos procedimentos		

Por último, no quadro 81 apresenta-se a análise de conteúdo das respostas à questão 13 da EPEF - O que fez na semana passada para envolver as famílias na sua prática de enfermagem actual? – na maioria das respostas (52, 8%) os enfermeiros referiram a prestação de cuidados em parceria. Nesta categoria salientaram a promoção da prestação de cuidados ao RN pelos pais (21,6%), a supervisão dos cuidados prestados pelos pais (10,8%), a negociação dos cuidados com a família (9,5%), a avaliação de capacidades/competências dos pais (6,8%), permitir aos pais a tomada de decisão (4,1%).

Outro aspecto bastante valorizado foi a educação para a saúde, mencionada em 25,7% do total de respostas. Foram referidas várias temáticas de educação para a saúde e que abrangem os cuidados necessários ao bebé, incluindo a higiene, a amamentação, a avaliação de sinais vitais e colocação de sensor de saturação de oxigénio, os benefícios do toque/massagem, o transporte seguro do RN, a preparação de medicação, a prevenção de acidentes e a síndrome de morte súbita. Nesta categoria 3 enfermeiros salientaram ainda a disponibilidade para o esclarecimento das dúvidas dos pais.

O acolhimento no serviço foi mencionado 18,9% das respostas e na categoria outros foi incluído o fornecimento de informação telefónica aos pais quando estes estão ausentes do serviço (1,3%) e o despiste social (1,3%).

Quadro 81 – Análise de conteúdo das respostas à questão 13 da EPEF.

<b>Categorias de resposta</b>	<b>Sub-categorias de resposta</b>	<b>Definição</b>	<b>Exemplos</b>	<b>%</b>
-------------------------------	-----------------------------------	------------------	-----------------	----------



Prestação de cuidados em parceria	Promoção da prestação de cuidados ao RN pelos pais	Definimos esta categoria como o conjunto de acções realizadas pelo enfermeiro que promovem a prestação de cuidados ao RN em parceria com a família	E4: <i>“Incentivei a família a prestar cuidados à criança, demonstrando e permitindo à família adquirir competências...”</i> E21: <i>“... ajudei e supervisionei permitindo assim um crescimento (...)quer da criança quer da família.”</i> E35: <i>“negocie a parceria de cuidados”</i> E32: <i>“validei competências e conhecimentos em conjunto com os pais.”</i> <i>“...discuti com a mãe a forma de alimentação do bebé, levando-a à tomada de decisão”.</i>	52,8
	Supervisão dos cuidados prestados pelos pais			
	Negociação dos cuidados com a família			
	Avaliação dos conhecimentos e competências da família			
	Promoção da tomada de decisão por parte dos pais			
Educação para a saúde		Definimos esta categoria como os ensinamentos realizados pelos enfermeiros aos pais	E34: <i>“...fiz educação para a saúde corrigindo/sugerindo e ensinando o que a mãe não sabia”</i>	25,7
Acolhimento na UCIN		Definimos esta categoria como os procedimentos que visam integrar os pais na equipa da UCIN aquando a sua chegada	E6: <i>“Integrei a família no serviço explicando o funcionamento do mesmo...”</i> E9: <i>“Expliquei a filosofia do cuidar em pediatria, que é centrada nos cuidados familiares.”</i>	18,9
Outros	Fornecimento de informação telefónica aos pais	Nesta categoria incluímos aspectos referidos em número reduzido	E1: <i>“dei informação telefónica (aos pais) quando têm que se ausentar...”</i> E10: <i>“procurei ouvir para detectar necessidade de chamar a assistente social.”</i>	2,6
	Despiste de apoio social			

#### 2.2.4. – Relação entre as características sócio-profissionais, do RN e do internamento e a auto-avaliação de competências parentais nos cuidados ao RN de risco.

Neste sub-capítulo relacionamos as características sócio-demográficas dos pais e as características do RN e do internamento com a auto-avaliação de competências parentais.

##### **Idade**

Conforme se verifica no quadro 82, relativamente à relação entre a idade e a auto-avaliação de competências parentais nos cuidados ao RN, através do coeficiente de correlação de Pearson e respectivo teste de significância verificamos que apenas existe uma correlação estatisticamente significativa, que é entre a idade e o factor 4- Conhecimento e Família da EAACP. Elevando  $r$  ao quadrado obtemos o coeficiente de determinação,  $r^2 = 0,06$  o que significa que 6% da variação no factor 4 da EAACP está relacionada com a idade, embora não seja uma relação de causalidade

As restantes correlações são também todas positivas, muito reduzidas e estatisticamente não significativas ( $p > 0,05$ ).

Quadro 82 – Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre a idade e os factores e pontuação total da EAACP. Testes bicaudais (N=101).

	<b>Idade</b>
EAACP factor 1	$r = ,083$ $p = ,410$
EAACP factor 2	$r = ,071$ $p = ,477$
EAACP factor 3	$r = ,108$ $p = ,281$
EAACP factor 4	$r = ,254$ $p = ,010$
EAACP total	$r = ,140$ $p = ,163$

##### **Sexo**

Para o estudo da relação entre o sexo e a auto-avaliação das competências parentais optámos pelo teste  $t$  de Student, apresentado no quadro 83.

Não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0.05$ ).

Em média verifica-se que os pais obtiveram pontuações mais elevadas quer nos factores e total da EAACP, excepto no factor 3 (técnica e preparação de material) em que as mães apresentaram uma média mais elevada. Contudo, as médias de ambos os sexos são muito semelhantes.

Quadro 83 – Resultados da aplicação do teste *t* de student para grupos independentes. Factor: sexo; Variáveis dependente: factores e total da EAACP.

	<b>Sexo</b>	<b>N</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>gl</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
EAACP factor 1	Masculino	45	56,40	3,89	99	,192	,848
	Feminino	56	56,21	5,46			
EAACP factor 2	Masculino	45	42,02	3,74	99	,357	,722
	Feminino	56	41,71	4,71			
EAACP factor 3	Masculino	45	26,53	2,15	99	-1,517	,133
	Feminino	56	27,16	1,99			
EAACP factor 4	Masculino	45	11,17	1,89	99	,392	,696
	Feminino	56	11,04	1,75			
EAACP total	Masculino	45	140,53	9,24	99	,067	,947
	Feminino	56	140,39	11,41			

### Zona de residência

Para o estudo da relação entre a zona de residência e a auto-avaliação das competências parentais optámos pelo teste *t* de Student (quadro 84).

Não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0.05$ ).

Em média verifica-se que os progenitores que habitam na zona urbana obtiveram médias mais elevadas nos factores e total da EAACP, contudo a diferença entre as médias é mínima.

Quadro 84 – Resultados da aplicação do teste *t* de student para grupos independentes. Factor: zona de residência; Variáveis dependente: factores e total da EAACP.

	<b>Zona de residência</b>	<b>N</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>gl</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
EAACP factor 1	Rural	57	56,17	5,25	99	-,288	,774
	Urbana	44	56,45	4,20			
EAACP factor 2	Rural	57	41,72	4,43	99	-,351	,726
	Urbana	44	42,02	4,13			
EAACP factor 3	Rural	57	26,77	2,19	99	-,599	,551
	Urbana	44	27,02	1,93			
EAACP factor 4	Rural	57	11,09	2,08	99	-,075	,940
	Urbana	44	11,11	1,38			
EAACP total	Rural	57	140,04	11,61	99	-,458	,648
	Urbana	44	141,00	8,82			

## Estado civil

Para estudar a relação entre o estado civil e a auto-avaliação de competências parentais nos cuidados ao RN recorreremos à Análise de variância de um critério (ANOVA).

Como se pode verificar no quadro 85, foi encontrada diferença estatisticamente significativa no factor 4 – Conhecimento e família.

Nos restantes factores e total da EAACP não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Em média verifica-se que os progenitores divorciados apresentaram uma pontuação mais elevada, contudo apenas houve 2 casos de progenitores com este estado civil.

Quadro 85 – Análise de Variância de um critério. Factor: estado civil; Variáveis dependente: factores e total da EAACP.

	<b>Estado civil</b>	<b>N</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>gl</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
EAACP factor 1	Solteiro(a)	8	55,50	2,88	3	,381	,767
	Casado(a)	87	56,32	4,94			
	Divorciado(a)	2	59,50	,707			
	União de facto	4	55,75	6,45			
EAACP factor 2	Solteiro(a)	8	41,38	3,11	3	,511	,675
	Casado(a)	87	41,82	4,41			
	Divorciado(a)	2	45,50	,71			
	União de facto	4	41,75	4,79			
EAACP factor 3	Solteiro(a)	8	27,13	1,89	3	1,130	,341
	Casado(a)	87	26,86	2,06			
	Divorciado(a)	2	29,00	,00			
	União de facto	4	25,75	2,99			
EAACP factor 4	Solteiro(a)	8	9,25	2,06	3	4,290	,007
	Casado(a)	87	11,25	1,63			
	Divorciado(a)	2	13,00	,00			
	União de facto	4	10,50	3,11			
EAACP total	Solteiro(a)	8	137,38	5,26	3	,990	,401
	Casado(a)	87	140,61	10,61			
	Divorciado(a)	2	151,00	1,41			
	União de facto	4	138,00	15,38			

## Habilitações literárias

Para estudar a relação entre as habilitações literárias e a auto-avaliação de competências parentais nos cuidados ao RN recorreremos à Análise de Variância de um critério (ANOVA).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos factores e total da EAACP.

À exceção dos factores 3 e 4, os pais que possuem o 3º ciclo do EB apresentam médias mais elevadas, apesar das diferenças serem pouco notórias.

Quadro 86 – Análise de Variância de um critério. Factor: habilitações literárias; Variáveis dependente: factores e total da EAACP.

	<b>Habilitações literárias</b>	<b>N</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>gl</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
EAACP factor 1	2º ciclo EB	14	55,21	4,85	3	,922	,433
	3º ciclo EB	33	57,33	5,09			
	Ensino Secundário	26	55,62	2,62			
	Ensino Superior	28	56,25	5,89			
EAACP factor 2	2º ciclo EB	14	42,36	3,93	3	2,277	,085
	3º ciclo EB	33	43,24	3,96			
	Ensino Secundário	26	41,04	3,09			
	Ensino Superior	28	40,71	5,36			
EAACP factor 3	2º ciclo EB	14	26,21	2,55	3	1,078	,362
	3º ciclo EB	33	27,00	2,17			
	Ensino Secundário	26	26,62	1,29			
	Ensino Superior	28	27,32	2,29			
EAACP factor 4	2º ciclo EB	14	11,43	1,45	3	,327	,806
	3º ciclo EB	33	11,12	1,87			
	Ensino Secundário	26	10,85	1,91			
	Ensino Superior	28	11,14	1,84			
EAACP total	2º ciclo EB	14	139,43	9,02	3	1,098	,354
	3º ciclo EB	33	143,06	10,96			
	Ensino Secundário	26	138,42	5,71			
	Ensino Superior	28	139,79	13,39			

## Profissão

Para estudar a relação entre a profissão e a auto-avaliação de competências parentais nos cuidados ao RN recorreremos à Análise de Variância de um critério (ANOVA), apresentado no quadro 87.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos factores e total da EAACP.

Verifica-se que nos factores 1, 4 e total da EAACP os progenitores que são técnicos e comerciantes apresentam médias mais elevadas, ainda que as diferenças sejam reduzidas.

Quadro 87 – Análise de Variância de um critério. Factor: profissão; Variáveis dependente: factores e total da EAACP.

	<b>Profissão</b>	<b>N</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>gl</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
EAACP factor 1	Não remunerados	24	55,58	4,38	3	,567	,638
	Trabalhadores não especializados	19	55,68	4,74			
	Técnicos e comerciantes	31	57,09	4,13			

	Profissionais com títulos universitários	27	56,44	5,90			
EAACP factor 2	Não remunerados	24	41,67	3,59	3	1,090	,357
	Trabalhadores não especializados	19	42,95	3,61			
	Técnicos e comerciantes	31	42,25	3,98			
	Profissionais com títulos universitários	27	40,77	5,43			
EAACP factor 3	Não remunerados	24	26,33	2,18	3	1,021	,387
	Trabalhadores não especializados	19	26,68	1,88			
	Técnicos e comerciantes	31	27,09	1,93			
	Profissionais com títulos universitários	27	27,26	2,26			
EAACP factor 4	Não remunerados	24	10,54	2,08	3	1,309	,276
	Trabalhadores não especializados	19	11,00	1,85			
	Técnicos e comerciantes	31	11,48	1,58			
	Profissionais com títulos universitários	27	11,22	1,69			
EAACP Total	Não remunerados	24	138,29	9,14	3	,717	,544
	Trabalhadores não especializados	19	140,57	8,38			
	Técnicos e comerciantes	31	142,41	9,54			
	Profissionais com títulos universitários	27	140,03	13,52			

### Complicações na gravidez

Para o estudo da relação entre as complicações na gravidez e a auto-avaliação das competências parentais optámos pelo teste *t* de Student (quadro 88).

Não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0.05$ ).

Em média verifica-se que, à excepção do factor 3, nos casos em que houve complicações na gravidez os progenitores apresentam médias mais elevadas nos factores e total da EAACP, embora a diferença entre as médias seja mínima.

Quadro 88 – Resultados da aplicação do teste *t* de student para grupos independentes. Factor: complicações na gravidez; Variáveis dependente: factores e total da EAACP.

	Complicações na gravidez	N	$\bar{x}$	s	gl	t	p
EAACP factor 1	Sim	55	56,60	5,56	99	,691	,491
	Não	46	55,93	3,71			
EAACP factor 2	Sim	55	42,25	4,73	99	1,034	,304
	Não	46	41,36	3,67			
EAACP factor 3	Sim	55	26,87	2,02	99	-,044	,965
	Não	46	26,89	2,16			
EAACP factor 4	Sim	55	11,20	1,54	81,56	,598	,552
	Não	46	10,97	2,08			

EAACP total	Sim	55	141,27	11,63	99	,858	,393
	Não	46	139,47	8,85			

### Existência de mais filhos

Para o estudo da relação entre a existência de mais filhos e a auto-avaliação das competências parentais optámos pelo teste *t* de Student, apresentado no quadro 89.

Verificou-se que existe diferença estatisticamente significativa no factor 2 - Vigilância do RN.

Não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas nos restantes factores e total da EAACP ( $p > 0.05$ ).

Em média, os pais que têm outros filhos apresentaram médias superiores quer nos factores, quer no total da EAACP.

Quadro 89 – Resultados da aplicação do teste *t* de student para grupos independentes. Factor: existência de mais filhos; Variáveis dependente: factores e total da EAACP.

	Existência de mais filhos	N	$\bar{x}$	s	gl	t	p
EAACP factor 1	Sim	51	56,76	4,89	99	,988	,325
	Não	50	55,82	4,72			
EAACP factor 2	Sim	51	42,80	3,83	99	2,304	,023
	Não	50	40,88	4,54			
EAACP factor 3	Sim	51	26,98	2,04	99	,482	,631
	Não	50	26,78	2,13			
EAACP factor 4	Sim	51	11,35	1,58	93,61	1,434	,155
	Não	50	10,84	1,98			
EAACP total	Sim	51	142,27	9,89	99	1,786	,077
	Não	50	138,60	10,76			

### Tempo de internamento

Conforme se pode verificar no quadro 90, através do coeficiente de correlação de Pearson verificamos que existe uma baixa correlação linear positiva e estatisticamente bastante significativa entre o tempo de internamento e o factor 1 e o total da EAACP. Elevando ao r ao quadrado obtemos o coeficiente de variação, respectivamente,  $r^2 = 0,11$  e  $r^2 = 0,10$  o que significa que 11% da variação do factor 1 e 10% da variação do total da EAACP está relacionada com o tempo de internamento.

Verifica-se ainda uma baixa correlação linear positiva e estatisticamente significativa entre o tempo de internamento e o factor 2 e o factor 3. Elevando ao r ao quadrado obtemos, respectivamente,  $r^2 = 0,06$  e  $r^2 = 0,05$  o que significa que 6% da

variação do factor 2 e 5% da variação do factor 3 está relacionada com o tempo de internamento.

A correlação verificada entre o tempo de internamento e o factor 4 foi positiva mas não foi estatisticamente significativa.

Quadro 90 – Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre o tempo de internamento e os factores e pontuação total da EAACP. Testes bicaudais (N=101).

	<b>Tempo de internamento</b>
EAACP factor 1	r=,326** p=,001
EAACP factor 2	r=,244* p=,014
EAACP factor 3	r=,229* p=,021
EAACP factor 4	r=,113 p=,262
EAACP Total	r=,324** p=,001

\*p< 0,05 \*\*p<0,01

### **Semanas de gestação**

Através do quadro 91 verificamos a relação entre as semanas de gestação e a auto-avaliação de competências parentais, através da aplicação do Coeficiente de Correlação de Pearson. Obtivemos correlações fracas e negativas entre as semanas de gestação e os factores e total da EAACP.

Estas correlações foram estatisticamente significativas entre as semanas de gestação e o factor 1, factor 2 e total da EAACP.

Calculando o coeficiente de determinação para a correlação entre as semanas de gestação do RN e o factor 1, factor 2 e o total da EAACP, obtemos respectivamente  $r^2=0,06$ ;  $r^2=0,04$  e  $r^2=0,07$ . Significa que a 6% da variação do factor 1; 4% da variação do factor 2 e 7% da variação do total da EAACP está relacionada com as semanas de gestação do RN.

Quadro 91 – Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre as semanas de gestação e os factores e pontuação total da EAACP. Testes bicaudais (N=101).

	<b>Semanas de gestação</b>
EAACP factor 1	r= -,257** p= ,009
EAACP factor 2	r= -,202* p= ,043
EAACP	r= -,173



factor 3	p= ,084
EAACP	r= -,182
factor 4	p= ,069
EAACP	r= -,268**
Total	p= ,007

\*p< 0,05    \*\*p<0,01

### **2.2.5 - Relação entre a auto-avaliação das competências nos cuidados ao RN de risco e a avaliação de competências parentais nos cuidados realizada pelo enfermeiro.**

Para esta relação recorreremos ao coeficiente de correlação de Pearson e teste de significância, como pode ser visualizado no quadro 92.

Verifica-se que os factores 1 (Cuidados gerais), 2 (Vigilância do RN), 3 (Técnica e preparação de material) e o total da EAACP apresentam correlações positivas e estatisticamente bastante significativas com os factores 1, 2, 3 e o total da EACP. Para além disso, todos os factores e o total da EAACP apresentam correlações positivas com o total da EACP, assim como todos os factores e total da EACP apresentam correlação positiva e estatisticamente significativa com o total da EAACP.

Relativamente ao factor 4 (Conhecimento e família) da EAACP verifica-se a existência de correlações positivas e estatisticamente significativas com os factores 1, 4 e o total da EACP.

Verifica-se também uma correlação altamente significativa entre os totais das duas escalas. A moderada associação linear positiva entre o total da EAACP e o total da EACP indica que quando o total da EAACP aumenta também o total da EACP aumenta em média e vice-versa. Elevando r ao quadrado obtemos o coeficiente de determinação ( $r^2=0,19$ ) o que significa que 19% da variação no total da EAACP está relacionada com o total da EACP e vice-versa.

Destacando a relação existente entre factores iguais das duas escalas (que são paralelas), existe uma associação linear positiva, moderada e estatisticamente altamente significativa entre o factor 1 (Cuidados gerais) da EAACP e o factor 1 da EACP.

Verifica-se uma associação linear positiva, moderada e estatisticamente altamente significativa entre o factor 2 (Vigilância do RN) da EAACP e o factor 2 da EACP.

Existe também uma associação linear positiva, moderada e estatisticamente altamente significativa entre o factor 3 (Técnica e preparação do material) da EAACP e o factor 3 da EACP.

Por último há uma associação linear positiva, baixa e estatisticamente bastante significativa entre o factor 4 (Conhecimento e família) da EAACP e o factor 4 da EACP.

É ainda de realçar as correlações verificadas entre o total da EAACP e o factor 1 e 2 da EACP. Calculando os respectivos coeficientes de determinação obtemos  $r^2=0,75$  e  $r^2=0,71$ , o que significa que 75% da variação no factor 1 da EACP e que 71% da variação no factor 2 está relacionada com o total da EAACP e vice-versa.

Quadro 92 – Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre os factores e pontuação total da EAACP e os factores e total da EACP. Testes bicaudais (N=101).

	EAACP factor 1	EAACP factor 2	EAACP factor 3	EAACP factor 4	EAACP total
EACP factor 1	r=,401** p=,000	r=,325** p=,001	r=,519** p=,000	r=,236* p=,018	r=,866** p=,000
EACP factor 2	r=,338** p=,001	r=,428** p=,000	r=,370** p=,000	r=,151 p=,132	r=,840** p=,000
EACP factor 3	r=,421** p=,000	r=,291** p=,003	r=,539** p=,000	r=,185 p=,064	r=,672** p=,000
EACP factor 4	r=,093 p=,353	r=,063 p=,533	r=,164 p=,101	r=,209* p=,036	r=,373** p=,000
EACP total	r=,352** p=,000	r=,355** p=,000	r=,432** p=,000	r=,197* p=,048	r=,436** p=,000

\*p< 0,05 \*\*p<0,01

## 2.2.6 - Relação entre as características sócio-demográficas, do RN e do internamento com a satisfação dos pais.

Neste sub-capítulo apresentam-se os resultados relativos à relação entre as características sócio-demográficas dos pais, do RN e do internamento e a satisfação dos pais com os cuidados de enfermagem da UCIN.

### Idade

Como se verifica no quadro 93, relativamente à variável idade, o coeficiente de correlação de Pearson e respectivo teste de significância demonstrou a existência de uma associação estatisticamente significativa ( $p<0,05$ ) entre a idade e a sub-escala EECE. Elevando  $r$  ao quadrado obtém-se  $r^2=0,04$ , que é o coeficiente de determinação e que indica que 4% da variação do score da EECE está relacionado com a idade.

A correlação entre a idade e a pontuação da ESCE não é estatisticamente significativa e apresenta também um valor reduzido e positivo.

Quadro 93 – Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre a idade e as sub-escalas da ESEN. Testes bicaudais (N = 101).

	<b>Idade</b>
Score EECE	r = ,200 p = ,045
Score ESCE	r = ,162 p = ,105

### Sexo

Conforme podemos verificar no quadro 94, não existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do score das sub-escalas da ESEN no que se refere à variável sexo.

Verifica-se que ainda que os valores em média são muito semelhantes entre os progenitores de sexo masculino e feminino.

Quadro 94 – Resultados da aplicação do teste *t* de student para grupos independentes. Factor: sexo; Variáveis dependente: sub-escalas da ESEN.

	<b>Sexo</b>	<b>N</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>gl</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Score EECE	Masculino	45	88,58	5,04	95,16	,453	,652
	Feminino	56	88,00	7,76			
Score ESCE	Masculino	45	80,67	10,43	99	-,289	,773
	Feminino	56	81,34	12,40			

### Zona de residência

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) ao nível do score das sub-escalas da EECE e da ESCE no que se refere à variável zona de residência.

Quadro 95 – Resultados da aplicação do teste *t* de student para grupos independentes. Factor: zona de residência; Variáveis dependente: sub-escalas da ESEN.

	<b>Zona de residência</b>	<b>N</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>gl</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Score EECE	Rural	57	88,30	6,82	99	,070	,944
	Urbana	44	88,21	6,53			
Score ESCE	Rural	57	80,28	11,83	99	-,752	,454
	Urbana	44	82,07	11,15			

## Estado civil

Também nesta variável não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) ao nível do score das sub-escalas da EECE e da ESCE no que se refere à variável estado civil, como está patente no quadro 96.

Quadro 96 – Análise de Variância de um critério. Factor: estado civil; Variáveis dependente: sub-escalas da ESEN.

	<b>Estado civil</b>	<b>N</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>gl</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Score EECE	Solteiro(a)	8	86,61	5,74	3	1,239	,300
	Casado(a)	87	88,58	6,41			
	Divorciado(a)	2	91,66	2,71			
	União de facto	4	83,01	12,96			
Score ESCE	Solteiro(a)	8	85,03	11,11	3	1,157	,330
	Casado(a)	87	80,67	11,00			
	Divorciado(a)	2	91,44	2,79			
	União de facto	4	75,98	22,44			

## Habilitações literárias

Como se pode visualizar no quadro 97, nesta variável não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) ao nível do score das sub-escalas da EECE e da ESCE no que se refere à variável habilitações literárias.

Verifica-se que, em média, os progenitores cuidadores que possuem o 2<sup>a</sup> ciclo do EB são os que apresentam pontuações mais elevadas nas sub-escalas.

Quadro 97 – Análise de Variância de um critério. Factor: habilitações literárias; Variáveis dependente: sub-escalas da ESEN.

	<b>Habilitações literárias</b>	<b>N</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>gl</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Score EECE	2º ciclo EB	14	92,62	4,79	3	2,548	,060
	3º ciclo EB	33	87,12	6,07			
	Ensino Secundário	26	87,50	6,40			
	Ensino Superior	28	88,14	7,72			
Score ESCE	2º ciclo EB	14	86,09	13,39	3	1,120	,345
	3º ciclo EB	33	80,09	10,61			
	Ensino Secundário	26	79,55	10,19			
	Ensino Superior	28	81,02	12,59			

## Profissão

Nesta variável não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) ao nível do score das sub-escalas da EECE e da ESCE.

Através do quadro 98 verifica-se que, em média, os técnicos e comerciantes que possuem são os que apresentam pontuações mais elevadas nas sub-escalas e na pontuação dos cuidados de enfermagem.

Quadro 98 – Análise de Variância de um critério. Factor: profissão; Variáveis dependente: sub-escalas da ESEN.

	<b>Profissão</b>	<b>N</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>gl</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Score EECE	Não remunerados	24	86,91	7,09	3	1,902	,134
	Trabalhadores não especializados	19	86,21	7,80			
	Técnicos e comerciantes	31	90,21	4,65			
	Profissionais com títulos universitários	27	88,67	7,04			
Score ESCE	Não remunerados	24	79,71	13,14	3	,723	,541
	Trabalhadores não especializados	19	78,54	14,01			
	Técnicos e comerciantes	31	82,96	7,74			
	Profissionais com títulos universitários	27	81,77	11,87			

### Complicações na gravidez

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) ao nível do score das sub-escalas da EECE e da ESCE no que se refere à variável complicações na gravidez.

Quadro 99 – Resultados da aplicação do teste *t* de student para grupos independentes. Factor: complicações na gravidez; Variáveis dependente: sub-escalas da ESEN.

	<b>Complicações na gravidez</b>	<b>N</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>gl</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Score EECE	Sim	55	89,03	7,04	99	1,273	,206
	Não	46	87,34	6,12			
Score ESCE	Sim	55	81,17	12,68	99	,122	,903
	Não	46	80,89	10,08			

### Semanas de gestação

As associações entre as semanas de gestação e a EECE e a ESCE são muito baixas e estatisticamente não significativas, conforme se verifica no quadro 100.

Quadro 100 – Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre as semanas de gestação e as sub-escalas da ESEN. Testes bicaudais (N = 101).

	<b>Semanas de gestação</b>
Score EECE	r = ,024 p = ,812
Score ESCE	r = ,070 p = ,487

### **Tempo de internamento**

Relativamente à associação entre o tempo de internamento e a satisfação dos progenitores cuidadores não se verificam diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

As associações entre o tempo de internamento e o score da EECE e o score da ESCE são positivas e muito baixas, conforme se verifica no quadro 101.

Quadro 101 – Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre o tempo de internamento as sub-escalas da ESEN. Testes bicaudais (N = 101).

	<b>Tempo de internamento</b>
Score EECE	r = ,114 p = ,258
Score ESCE	r = ,020 p = ,842

### **Existência de mais filhos**

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) ao nível do score das sub-escalas EECE e ESCE no que se refere à existência de mais filhos.

Quadro 102 – Resultados da aplicação do teste *t* de student para grupos independentes. Factor: existência de mais filhos; Variáveis dependente: sub-escalas da ESEN.

	<b>Tem mais filhos?</b>	<b>N</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>gl</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Score EECE	Sim	51	88,56	6,31	99	,447	,656
	Não	50	87,96	7,05			
Score ESCE	Sim	51	80,48	11,81	99	-,488	,627
	Não	50	81,61	11,29			

### 2.2.7 - Relação entre a auto-avaliação de competências parentais nos cuidados ao RN de risco e a satisfação dos pais com os cuidados de enfermagem

Neste sub-capítulo apresentamos os resultados acerca da relação entre a auto-avaliação de competências parentais e a satisfação dos pais com os cuidados de enfermagem.

Analisando o quadro 103 verifica-se a existência de correlações positivas, baixas e bastante significativas ( $p < 0,01$ ) entre a sub-escala EECE (relativa à experiência com os cuidados de enfermagem) e o factor 1, o factor 2, o factor 4 e o total da EAACP.

Também se verifica a existência de correlações positivas, reduzidas e estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre a sub-escala ESCE (relativa à satisfação com os cuidados de enfermagem) e o factor 2, o factor 4 e total da EAACP. As restantes correlações entre o factor 3 da EAACP e a EECE e; entre o factor 1 e 3 e a ESCE são também positivas e reduzidas, embora não sejam estatisticamente significativas.

Calculando o coeficiente de determinação relativo à correlação entre o total da EAACP e a pontuação nas sub-escalas EECE e ESCE obtemos, respectivamente,  $r^2 = 0,14$  e  $r^2 = 0,06$ . Tal significa que 14% da variação na EECE e 6% da variação na ESCE estão relacionadas com o total da auto-avaliação e vice-versa.

Quadro 103 – Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre os factores e pontuação total da EAACP e as sub-escalas da ESEN. Testes bicaudais (N=101).

	EAACP factor 1	EAACP Factor 2	EAACP factor 3	EAACP factor 4	EAACP total
EECE	$r = ,300^{**}$ $p = ,002$	$r = ,391^{**}$ $p = ,000$	$r = ,093$ $p = ,356$	$r = ,283^{**}$ $p = ,004$	$r = ,372^{**}$ $p = ,000$
ESCE	$r = ,153$ $p = ,127$	$r = ,289^{**}$ $p = ,003$	$r = ,116$ $p = ,249$	$r = ,202^*$ $p = ,043$	$r = ,249^*$ $p = ,012$

### 2.2.8 - Relação entre as características profissionais dos enfermeiros e a prática de enfermagem

Neste sub-capítulo apresentamos os resultados relativos à relação entre as características profissionais dos enfermeiros e a prática de enfermagem.

#### Habilitações literárias

Como se pode constatar no quadro 104, relativamente à influência da variável habilitações literárias nos factores e total da EPEF verifica-se que não existem diferenças

estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ), apesar das médias aumentarem consoante o grau de formação.

Quadro 104 – Análise de Variância de um critério. Factor: habilitações literárias; Variáveis dependente: factores e total da EPEF.

	<b>Habilitações literárias</b>	<b>N</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>gl</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
EPEF factor 1: Auto-avaliação da prática de enfermagem familiar	Bacharelato	4	22,25	,95	2	1,837	,175
	Licenciatura	30	23,53	3,01			
	Licenciatura e pós-graduação	2	27,00	2,82			
EPEF factor 2: Envolvimento da família	Bacharelato	4	14,25	1,70	2	1,134	,334
	Licenciatura	30	14,93	2,21			
	Licenciatura e pós-graduação	2	17,00	,00			
EPEF total	Bacharelato	4	36,50	2,38	2	1,909	,164
	Licenciatura	30	38,46	4,68			
	Licenciatura e pós-graduação	2	44,00	2,82			

### **Categoria profissional**

Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da influência da categoria profissional nos factores e total da EPEF. Comparando as médias, verifica-se através do quadro 105 que a categoria profissional enfermeiro (início da carreira) é a que apresenta médias mais reduzidas relativamente aos factores e total da EPEF.

Quadro 105 – Análise de Variância de um critério. Factor: categoria profissional; Variáveis dependente: factores e total da EPEF.

	<b>Categoria Profissional</b>	<b>N</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>gl</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
EPEF factor 1: Auto-avaliação da prática de enfermagem familiar	Enfermeiro	10	23,00	1,63	2	,272	,764
	Enfermeiro graduado	21	23,76	3,56			
	Enfermeiro especialista	5	24,00	2,34			
EPEF factor 2: Envolvimento da família	Enfermeiro	10	14,40	1,83	2	,503	,609
	Enfermeiro graduado	21	15,23	2,48			
	Enfermeiro especialista	5	15,00	,70			
EPEF total	Enfermeiro	10	37,40	2,67	2	,425	,658
	Enfermeiro graduado	21	39,00	5,58			
	Enfermeiro especialista	5	39,00	2,73			



### Tempo de serviço como enfermeiro

Relativamente a esta variável, o coeficiente de correlação de Pearson e respectivo teste de significância demonstraram a inexistência de diferenças estatísticas significativas nos factores e no total da EPEF.

Quadro 106 – Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre o tempo como enfermeiro e os factores e o total da EPEF. Testes bicaudais (N = 101).

	<b>Tempo como enfermeiro</b>
EPEF factor 1: Auto-avaliação da prática de enfermagem familiar	r = ,083 p = ,629
EPEF factor 2: Envolvimento da família	r = ,249 p = ,144
EPEF total	r = ,170 p = ,322

### Tempo de serviço como enfermeiro de Neonatologia/Pediatria

Também relativamente a esta variável, o coeficiente de correlação de Pearson e respectivo teste de significância demonstraram inexistência de diferenças estatísticas significativas nos factores e total da EPEF, como se verifica no quadro 107.

Quadro 107 – Matriz de correlações bivariadas de Pearson entre o tempo como enfermeiro de Neonatologia/Pediatria e os factores e o total da EPEF. Testes bicaudais (N = 101).

	<b>Tempo como enfermeiro de Neonatologia</b>
EPEF factor 1: Auto-avaliação da prática de enfermagem familiar	r = ,016 p = ,926
EPEF factor 2: Envolvimento da família	r = ,277 p = ,101
EPEF total	r = ,140 p = ,416

### Método de trabalho

Através do quadro 108 verifica-se que, relativamente a esta variável também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente ao total e factores da EPEF.

Quadro 108 – Análise de Variância de um critério. Factor: método de trabalho; Variáveis dependente: factores e total da EPEF.

	<b>Método de trabalho</b>	<b>N</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>gl</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
EPEF factor 1: Auto-avaliação da prática de enfermagem familiar	Método Individual	15	23,40	2,92	2	,052	,950
	Método Enfermeiro Responsável	20	23,70	3,11			
	Método Enfermeiro Principal	1	24,00	.			
EPEF factor 2: Envolvimento da família	Método Individual	15	14,53	1,76	2	,582	,564
	Método Enfermeiro Responsável	20	15,25	2,42			
	Método Enfermeiro Principal	1	16,00	.			
EPEF total	Método Individual	15	37,93	4,07	2	,250	,780
	Método Enfermeiro Responsável	20	38,95	5,09			
	Método Enfermeiro Principal	1	40,00	.			

No próximo capítulo são discutidos os resultados obtidos nesta investigação.

### 3 - DISCUSSÃO

Neste capítulo os resultados obtidos são interpretados de acordo com a realidade da UCIN do HIP e comparados com outros estudos existentes a nível nacional e internacional e à pesquisa bibliográfica. A discussão incide sobre os resultados relativos ao tratamento estatístico, as hipóteses formuladas e a análise de conteúdo.

Sistematizámos a discussão em: auto-avaliação de competências parentais nos cuidados ao RN, relação entre a auto-avaliação de competências parentais e a avaliação dos enfermeiros, satisfação dos pais com os cuidados de enfermagem da UCIN, relação entre a auto-avaliação de competências parentais e a satisfação e, por último, prática de enfermagem familiar.

#### 3.1 - AUTO-AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARENTAIS NOS CUIDADOS AO RN DE RISCO

Neste sub-capítulo iniciamos a discussão pelos resultados obtidos pela estatística descritiva da Escala de Auto-Avaliação de Competências Parentais (EAACP). Posteriormente discutimos as hipóteses que relacionam a auto-avaliação com as características socio-demográficas dos pais, com as características do RN e do internamento.

De acordo com Barbosa (1999) os questionários de avaliação dirigidos aos pais permitem uma visão ecológica das situações pedagógicas. Pela média obtida no score final da EAACP, que foi 140,46 podemos referir que os pais evidenciam uma auto-avaliação de competências nos cuidados ao RN positiva e elevada, dado que a pontuação máxima possível é de 165. Sendo assim, consideramos que, em média, os progenitores sentem-se competentes na prestação de cuidados ao RN próximo da alta clínica.

Também no estudo de Marques e Sá (2004) as mães de RN prematuros perceberam elevados níveis de competência cuidativa próximo da alta clínica. É interessante verificar que entre esta investigação e o estudo destas autoras sobre as competências maternas auto-percebidas no contexto da prematuridade, existem algumas semelhanças nas respostas a determinados itens, apesar de incluirmos pais de RN de termo. Assim sendo, em ambos os estudos a identificação de sinais de calor, o

conhecimento dos sinais de dificuldade respiratória e a identificação do motivo do choro pertencem ao grupo dos itens com pontuação mais reduzida.

Já outros itens como o procedimento em caso de engasgamento, a identificação dos períodos de sono e de interação do RN, a técnica do banho, a manutenção da temperatura e a identificação quando o bebé bolsa ou vomita apresentaram uma média acima de 4, o que corresponde a uma auto-avaliação elevada, enquanto que no estudo das autoras constituíram aspectos em que as mães apresentaram mais dificuldade.

É de realçar que os pais de RN internados têm que desenvolver a sua identidade enquanto pais e reconstruir projectos num contexto de extrema vulnerabilidade e de pouca privacidade. Assim, estes resultados revelam-se positivos, uma vez que evidenciam que o internamento pode tornar-se de facto uma oportunidade positiva para aprendizagem e treino de competências.

Seguidamente são testadas as hipóteses relacionadas com a auto-avaliação de competências parentais.

**H<sub>1</sub>**: Há relação entre a auto-avaliação de competências parentais nos cuidados ao RN de risco e os seguintes factores: a idade, o sexo, a zona de residência, o estado civil, as habilitações literárias e a profissão do progenitor cuidador; as complicações durante a gravidez e a existência de mais filhos.

Após a realização dos testes de hipóteses para o estudo da **H<sub>1</sub>** esta hipótese foi rejeitada. Não se verificou relação entre a auto-avaliação de competências parentais nos cuidados ao RN de risco e os seguintes factores: a idade, o sexo, a zona de residência, o estado civil, as habilitações literárias e a profissão do progenitor cuidador; as complicações durante a gravidez e a existência de mais filhos.

Apenas se verificou a existência de uma baixa correlação linear positiva, que sugere que quanto maior a idade, maior a pontuação obtida no factor 4 da EAACP.

Estes resultados estão de acordo com os de Marques e Sá (2004), em que não se verificou influência da idade e da profissão na competência materna auto-percebida. No entanto, de acordo com Pires (1990), citado pelas autoras, a idade e a profissão interferem com a competência maternal.

É de realçar que a variável sexo não se relaciona com a auto-avaliação de competências, contrariamente ao que empiricamente se possa pensar. As médias de ambos os sexos são muito semelhantes, o que pode estar relacionado com o papel activo assumido actualmente pelos pais nos cuidados ao RN. De facto, a realidade e

organização das famílias, em que ambos os pais trabalham, a licença de paternidade e até o modo de perceber o RN como um parceiro activo, contribuem para que os pais prestem os cuidados a par com as mães, desenvolvendo competências e sentindo-se progressivamente mais capazes. O horário de entrada na UCIN é flexível para os pais, sendo que estes podem permanecer durante todo o dia junto do RN, sendo igualmente alvo de educação para a saúde e incentivados a cuidar do RN.

A variável existência de outros filhos também não demonstrou ter influência nas competências parentais, contrariamente ao que se pudesse pensar, pelas competências que esses pais já possuem. A preocupação com outros filhos é também um factor que dificulta a adaptação dos pais, uma vez que durante a hospitalização os pais tentam manter a rotina e os cuidados com os outros filhos. Esta realidade é diária na UCIN e está descrita no estudo de Cunha (2000).

A ausência da relação entre as características sociais e demográficas e auto-avaliação dos pais não era esperada, uma vez que, numa perspectiva ecológica, o contexto social e pessoal de cada um influencia o processo de aprendizagem e o conhecimento prévio. O facto de não se encontrar influência destas variáveis pode estar relacionado com o processo supervisivo desenvolvido e à educação para a saúde, adaptados à singularidade e características individuais dos pais. Para além disso, o facto dos pais serem autónomos nos cuidados é um critério que pesa na alta clínica, o que leva a que o internamento seja prolongado, se necessário, até que os pais sejam capazes de prestar os cuidados ao RN.

**H<sub>2</sub>:** Os progenitores cujos RN tiveram um tempo de internamento mais longo apresentam uma auto-avaliação de competências nos cuidados mais elevada.

Tendo em conta os resultados obtidos aceitamos esta hipótese e rejeitamos a hipótese nula, uma vez que apenas não houve relação estatisticamente significativa entre o factor 4 e o tempo de internamento. Podemos afirmar que existe evidência suficiente para afirmar que os progenitores cujos RN tiveram um tempo de internamento mais longo apresentam uma auto-avaliação de competências nos cuidados mais elevada.

Apesar de existirem poucos estudos sobre esta temática, estes resultados vêm de encontro aos resultados obtidos no estudo exploratório de Marques e Sá (2004) em que o tempo de internamento se correlaciona positivamente com a competência materna auto-percebida.

Os pais que permanecem mais tempo na UCIN têm mais oportunidades para prestar cuidados, para treinar, para colocar dúvidas e de receber educação para a saúde pertinente, o que contribui para que desenvolvam o seu potencial enquanto cuidadores e se sintam mais confiantes nos cuidados ao RN.

**H<sub>3</sub>**: Há relação entre as semanas de gestação do RN e a auto-avaliação de competências parentais.

Houve evidência suficiente para aceitar parcialmente **H<sub>3</sub>**, dado que existe relação entre as semanas de gestação do RN e a auto-avaliação de competência parentais nos cuidados ao RN na globalidade, os cuidados gerais e a vigilância do RN. Podemos afirmar que os progenitores dos RN com menos semanas de gestação apresentam uma auto-avaliação de competências parentais mais elevada no que é relativo aos cuidados gerais, à vigilância do RN e ao total da auto-avaliação.

Independentemente da idade gestacional, o nascimento de risco desencadeia sempre uma crise difícil para os pais, que dificulta a capacidade para assumir o papel parental e condiciona as atitudes educativas.

Contudo, na UCIN verifica-se que em média, os RN prematuros estão internados um maior período de tempo, o que poderá explicar esta diferença, pois como concluímos na hipótese anterior o tempo de internamento e a auto-avaliação de competências parentais estão relacionados. Assim, apesar das condicionantes do RN prematuro, das suas características e comportamento, os pais têm mais tempo para se sentirem progressivamente integrados no ambiente artificial da UCIN e compreenderem as competências do RN prematuro e o papel activo que podem assumir.

Por outro lado, esta diferença pode também estar relacionada com o esforço dos enfermeiros para que o internamento se torne uma oportunidade de aprendizagem, em que um dos objectivos é promover o desenvolvimento de competências nos pais, para que no momento da alta estejam aptos para cuidar do RN no domicílio.

Cunha (2000) realizou um estudo qualitativo numa unidade neonatal brasileira e os pais afirmaram que a compreensão da hospitalização do RN e a adaptação ao papel parental depende, em parte, da interacção com os profissionais de saúde e com os cuidados prestados ao RN.

Estes resultados estão também de acordo com o estudo de Marques e Sá (2004) em que se concluiu que a idade gestacional se correlaciona negativamente com a competência materna auto-percebida.

É de realçar que estes estudos ocorreram em unidades diferentes. O presente estudo ocorreu numa unidade de cuidados intermédios e o das autoras anteriormente mencionadas ocorreu numa unidade de cuidados intensivos, onde os critérios para que o RN tenha alta clínica também são diferentes. Para além disso, nesse estudo participaram apenas mães de RN prematuros. Apesar destas diferenças o resultado é semelhante.

### 3.2 - RELAÇÃO ENTRE A AUTO-AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARENTAIS NOS CUIDADOS AO RN DE RISCO E A AVALIAÇÃO DOS ENFERMEIROS

Neste sub-capítulo discutimos a relação entre a auto-avaliação de competências parentais nos cuidados ao RN de risco e a respectiva avaliação realizada pelos enfermeiros.

**H<sub>4</sub>:** Há relação entre a auto-avaliação das competências nos cuidados ao RN de risco realizada pelo progenitor cuidador e a avaliação de competências parentais nos cuidados ao RN de risco realizada pelo enfermeiro.

Verificou-se evidência suficiente para aceitar a **H<sub>4</sub>**, ou seja, há relação entre a auto-avaliação das competências nos cuidados ao RN de risco realizada pelo progenitor cuidador e a avaliação de competências parentais nos cuidados ao RN de risco realizada pelo enfermeiro.

Para além da relação existente entre factores iguais e totais de ambas as escalas verificou-se ainda relação estatisticamente significativas entre diferentes factores, o que pode dever-se ao facto de estarem todos interligados, dado que todos contribuem para o cuidar global do RN.

É de salientar os elevados coeficientes de determinação entre o total da EAACP e os factores 1 e 2 da EACP, respectivamente, 75% e 71%; que podem estar relacionados com a possibilidade de estes serem os factores mais valorizados pelos enfermeiros na avaliação de competências parentais nos cuidados ao RN.

Apesar de não haver estudos que comparem a auto-avaliação de competências parentais com a avaliação dos enfermeiros, é de destacar que a avaliação é uma etapa importante do processo de enfermagem e, como tal, tanto enfermeiros como pais devem estar envolvidos. Como refere Phaneuf (2001) as finalidades da avaliação no processo de

enfermagem é verificar se os objectivos foram atingidos e realizar as correcções necessárias.

No quotidiano na UCIN a avaliação de competências dos pais realiza-se através da observação dos cuidados prestados ao RN pelos pais e do questionamento, pelo comportamento dos pais relativamente ao RN e pelas condições de que dispõem no domicílio, tal como é defendido por Kenner (2001).

Ainda que ocorra de um modo informal, a avaliação deve ser negociada e orientada para a aprendizagem, para as áreas a desenvolver e para o desenvolvimento da autonomia, ao longo de todo o internamento, para que os pais sejam agentes do seu desenvolvimento.

A supervisão desenvolvida entre os enfermeiros e pais, mais ou menos directiva consoante a progressão e autonomia dos pais contribui para que se verifiquem estes resultados. A educação para a saúde é realizada de forma gradual assim como a prestação de cuidados ao RN, sendo ambos negociados no âmbito da parceria de cuidados.

### 3.3 - SATISFAÇÃO DOS PAIS COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DA UCIN

Iniciamos este sub-capítulo com a discussão acerca dos resultados obtidos através da Escala de Satisfação com a Enfermagem – Newcastle (ESEN), comparando-os também com a análise de conteúdo das respostas às questões abertas. Seguidamente, apresentamos a discussão acerca da hipótese relacionada com esta temática.

Na globalidade pode-se afirmar que os pais encontram-se satisfeitos com os cuidados de enfermagem prestados na UCIN, uma vez que 67,3% considerou-os muito bons e 28,7% considerou-os excelentes. Apenas 3% afirmaram que eram bons e 1% afirmou que eram adequados. A média obtida foi de 6,24 com um desvio padrão de 0,55.

Na globalidade, a estadia na UCIN foi pontuada por 42,6% dos pais como muito boa, 36,6% consideraram-na boa e 17,8% considerou-a excelente. Apenas foi considerada adequada por 2% dos pais e fraca por 1% dos pais. A média foi positiva com um valor de 5,74 com um desvio padrão de 0,81.

Na sub-escala experiências com os cuidados de enfermagem obteve-se uma média de 88,27 e na sub-escala satisfação com os cuidados de enfermagem obteve-se uma média de 81,04, considerando-se ambas elevadas. Estes resultados parecem



corroborar os de Saunders *et al.* (2003), em que verificaram que o sucesso dos cuidados centrados na família depende mais das atitudes dos prestadores de cuidados e da relação entre pais e profissionais de saúde, do que das condições físicas das unidades.

Estes resultados elevados ao nível da satisfação podem também explicar os resultados obtidos na análise de conteúdo das respostas às questões abertas 4 e 5 da secção 3 da ESEN. Na resposta à questão 4, sobre as formas de melhorar os cuidados de enfermagem na UCIN, 52,8% dos pais responderam não há maneiras de melhorar os cuidados de enfermagem nesta estadia. Houve também 25,5% de respostas em branco. Também nas respostas à questão 5 – Existem outros comentários que gostasse de fazer? – verificou-se que em 35,9% das respostas dos pais foram negativas. Houve também 35% de respostas em branco e os agradecimentos aos profissionais de saúde da UCIN perfizeram 16,5%, destacando a atenção, apoio e compreensão por parte dos enfermeiros.

Relativamente às sub-escalas, os itens que obtiveram uma pontuação mais alta nas sub-escalas estão relacionados com a ajuda, atenção e competência dos enfermeiros e com a humanização dos cuidados.

Estes resultados vêm de encontro ao estudo qualitativo realizado por Kamada e Rocha (2006) numa unidade brasileira em que os pais valorizaram os cuidados de enfermagem, afirmando que o facto de os considerarem atenciosos e competentes lhes dava confiança e reduzia a ansiedade. Conner e Nelson (1999) corroboram estes resultados ao afirmar que factores como o cuidar, a comunicação, o acompanhamento, a proximidade e o apoio foram mencionados como fundamentais pelos pais para a satisfação com os cuidados neonatais. Este facto revela também que quando os cuidados de enfermagem são humanizados e a supervisão é desenvolvida atenta às particularidades dos pais e RN, desenvolve-se uma relação de confiança e segurança entre profissionais e utentes que os pais reconhecem e valorizam. No estudo qualitativo realizado por Cunha (2000) os pais valorizaram a dedicação dos enfermeiros e no realizado por Arockiasamy *et al.* (2008) os pais destacaram a informação e a relação com os profissionais de saúde como positivas para sentirem um maior controlo.

Relativamente às sugestões apontadas por alguns pais, nas respostas à questão 4 os pais mencionaram os recursos humanos e físicos em 18,9% das respostas, nomeadamente o número de enfermeiros por turno (12,3%) e as condições físicas (6,6%), sendo que na questão 5 os recursos humanos foram referidos em 5,8% das respostas. Também nestas sugestões se verifica uma correspondência entre as pontuações mais reduzidas obtidas nas duas sub-escalas, em que os itens que obtiveram

uma pontuação mais reduzida são relativos ao tempo disponibilizado pelos enfermeiros e à privacidade.

Apenas em 2,8% das respostas à questão 4 os pais sugeriram alterações a nível das intervenções de enfermagem, mencionando a incoerência nos ensinamentos e na prática entre os enfermeiros (1,9%) e que era positivo atribuir a mesma enfermeira a cada utente (0,9%). Também na questão 5 os comentários relativamente às intervenções da equipa de enfermagem a corrigir foram apenas 3,9% e englobaram a incoerência entre os enfermeiros (1,9%), a atenção relativamente aos pais (1,0%) e a promoção da autoconfiança da mãe (1,0%).

É de realçar que apesar de uma pequena percentagem ter referido a falta de coerência entre algumas enfermeiras da equipa revela diferenças na prática de enfermagem que podem dificultar o processo de aprendizagem dos pais. De facto três pais referiram diferenças nos conceitos e práticas de algumas enfermeiras o que os confundia. Este aspecto tem que ser reflectido e melhorado pois existem directrizes específicas neste serviço quanto aos ensinamentos a efectuar, descritas num manual de procedimentos de enfermagem que deve ser respeitado, a fim de transmitirmos informação coerente aos pais, facilitando o processo de aprendizagem. Ao transmitirmos informações contraditórias relativamente aos cuidados com o RN os pais rapidamente percebem as discrepâncias e possivelmente confiam menos nos cuidados ao mesmo tempo que se sentem menos satisfeitos. Esta falta de sintonia e descontinuidade de cuidados também se pode dever ao método de trabalho de enfermagem utilizado. Tal como refere Barros (1999) a criança e os pais devem ser cuidados por um número reduzido de profissionais de forma a diminuir o sentido de isolamento e de desorientação. É de frisar que 94,1% dos pais reconheceram que existe um enfermeiro encarregue dos cuidados de cada utente na UCIN.

Também no estudo de Arockiasamy *et al.* (2008) os pais referiram como fundamental existir coerência na informação, sendo importante ter um enfermeiro de referência. O enfermeiro tem que realizar educação para a saúde de forma esclarecida e fundamentada para que os pais desenvolvam as suas capacidades e conhecimentos.

Por último; 2,9% dos comentários foram relativos ao regulamento das visitas da UCIN, sendo de explicitar que na UCIN apenas podem entrar os pais, que dispõem de flexibilidade de horário e os irmãos uma vez por semana.

Em seguida, discutimos a hipótese relativa relação entre a satisfação dos pais e as características socio-demográficas, do RN e do internamento.

**H<sub>5</sub>:** Há relação entre a satisfação dos progenitores cuidadores com os cuidados de enfermagem e os seguintes factores: a idade, o sexo, a zona de residência, o estado civil, as habilitações literárias e a profissão do progenitor cuidador; as complicações durante a gravidez, as semanas de gestação, o tempo de internamento e a existência de mais filhos.

Após a realização dos testes de hipóteses para o estudo da **H<sub>5</sub>** houve evidência para afirmar que existe relação entre a idade do progenitor cuidador e a experiência com os cuidados de enfermagem. Existe uma fraca associação linear positiva entre a idade e a EECE, indicando que, em média, quanto maior a idade maior é a pontuação relativa às experiências com os cuidados de enfermagem.

Não houve evidência suficiente para afirmar que há relação entre a satisfação dos progenitores cuidadores com os cuidados de enfermagem e o sexo, a zona de residência, o estado civil, as habilitações literárias, a profissão do progenitor cuidador; as complicações durante a gravidez, as semanas de gestação, o tempo de internamento e a existência mais filhos.

Estes resultados não estão de acordo com o estudo de McCormick *et al.* (2008) em que as características socio-demográficas dos pais foram consideradas um dos factores preditivos da sua satisfação com os cuidados aos filhos prematuros. Também Peterson *et al.* (2005) referem que a satisfação dos utentes em geral depende em parte dos factores sócio-demográficos.

Possivelmente, uma vez que todos os pais pertenciam à região de Aveiro, embora de localidades e estratos sociais diferentes, não se notem diferenças significativas.

### 3.4 - RELAÇÃO ENTRE A AUTO-AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARENTAIS E A SATISFAÇÃO DOS PAIS COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Neste sub-capítulo discutimos os resultados acerca da relação entre a auto-avaliação de competências parentais e a satisfação dos pais com os cuidados de enfermagem.

**H<sub>6</sub>:** Os progenitores cuidadores cuja auto-avaliação de competências parentais nos cuidados ao RN é mais elevada apresentam um nível de satisfação com os cuidados de enfermagem mais elevado.

Tendo em conta os resultados do coeficiente de correlação de Pearson aceitamos parcialmente a  $H_6$ , uma vez que há correlação positiva entre a experiência com os cuidados de enfermagem e os factores 1 (cuidados gerais), 2 (vigilância do RN) e 4 (Conhecimento e família) e total da auto-avaliação dos pais; e entre a satisfação com os cuidados de enfermagem e os factores 2 e 4 e total da auto-avaliação.

Assim sendo, podemos afirmar que quanto maior é a pontuação total na auto-avaliação dos pais e nos factores cuidados gerais, vigilância do RN e conhecimento e família, maior é em média a pontuação relativa à experiência com os cuidados de enfermagem. Podemos também afirmar que quanto maior a auto-avaliação dos pais no total, na vigilância ao RN e no conhecimento e família, maior é a satisfação com os cuidados de enfermagem e vice-versa.

A satisfação dos utentes é um conceito multidimensional e a parceria de cuidados pode contribuir de forma decisiva para a satisfação dos pais dos RN internados na UCIN. No estudo qualitativo realizado por Espezel e Canam (2003) a partilha de cuidados com os enfermeiros foi destacada pelos pais como um aspecto positivo.

Estes resultados obtidos vêm também de encontro às referências bibliográficas de vários autores mencionados no enquadramento teórico. Segundo Kenner (2001) os cuidados em parceria e a educação para a saúde proporcionam o desenvolvimento de competências e de segurança nos cuidados ao RN e a promoção e protecção de saúde. Sendo assim, os pais sentem-se não só mais competentes e confiantes, como também mais satisfeitos com os cuidados de enfermagem recebidos.

Wong (1999) afirma que a parceria de cuidados contribui para a satisfação dos pais, uma vez que estes se sentem mais úteis quando têm a oportunidade de aprender e de prestar cuidados ao seu filho. Compreender progressivamente que cuidados prestar ao RN internado, como e quando, diminui a ansiedade e stresse dos pais preparando a alta precocemente.

Actualmente, as políticas de saúde defendem a promoção do auto-cuidado, sendo que a parceria de cuidados e os cuidados centrados na família afirmam-se como uma resposta a este imperativo.

### 3.5 - PRÁTICA DE ENFERMAGEM FAMILIAR

Neste sub-capítulo discutimos a hipótese acerca da relação entre as características profissionais dos enfermeiros e a prática de enfermagem familiar e os

resultados obtidos através da análise de conteúdo das respostas relativas às questões abertas da Escala da Prática de Enfermagem Familiar (EPEF).

Como refere Alarcão (2001a), o processo formativo assenta na reflexão dialogante sobre o observado e o vivido, de acordo com uma metodologia do aprender a fazer fazendo e pensando, o que conduz à construção activa do conhecimento. Neste contexto, a EPEF constituiu uma oportunidade para a equipa de enfermagem do serviço reflectir sobre a sua prática de enfermagem familiar, identificando problemas, vantagens e os procedimentos realizados neste âmbito.

A média do score final da EPEF foi 38,56, o que se pode considerar positivo, dado que o score máximo é 50. Passamos à discussão sobre a hipótese.

**H<sub>7</sub>:** Há relação entre a prática de enfermagem centrada na família e: as habilitações literárias dos enfermeiros, a categoria profissional, o tempo de serviço como enfermeiro, o tempo de serviço como enfermeiro de Neonatologia e o método de trabalho.

Os resultados dos testes efectuados não estão de acordo com a hipótese formulada, pelo que a rejeitamos e aceitamos a hipótese nula. Assim sendo, não há evidência suficiente para afirmar que há relação entre a valorização da prática de enfermagem centrada na família e: as habilitações literárias dos enfermeiros, a categoria profissional, o tempo de serviço como enfermeiro, o tempo de serviço como enfermeiro de Neonatologia e o método de trabalho.

É de salientar que embora estes resultados apontem para a inexistência de uma relação entre a formação e a prática de enfermagem familiar, Benner (2001) defende que a formação dos enfermeiros é de extrema importância uma vez que quem não dispõe dos conhecimentos reduz significativamente o potencial de aprendizagem de cada situação prática, já que não tem bases que a ajudem a tomar as correctas decisões aos problemas do seu quotidiano profissional.

A ausência de diferenças estatisticamente significativas entre as várias categorias profissionais também não eram esperadas, dado que os enfermeiros que possuem o grau de especialista, detêm maiores responsabilidades ao nível dos cuidados especializados. Contudo, não apresentaram uma diferença ao nível da prática de enfermagem familiar relativamente aos enfermeiros e enfermeiros graduados que não possuem formação especializada.

A ausência de relação entre o tempo de serviço como enfermeiro e como enfermeiro de neonatologia também não era esperada. Apesar deste resultado, é de salvaguardar que a aprendizagem clínica nos contextos localizados da prática de enfermagem deve ser valorizada. Como refere Benner (2001) é ao longo do desenvolvimento da actividade profissional da enfermeira que esta combina conhecimentos teóricos com conhecimentos por vezes simples provenientes da prática e assim desenvolve o seu saber e as suas competências. À medida que o enfermeiro experiencia a realidade do seu serviço vai construindo percepções, consolidando actuações e adaptando flexivelmente os modelos teóricos a sua realidade concreta. O conhecimento é assim re-construído e torna-se mais significativo.

É de realçar ainda que o método do enfermeiro responsável é considerado por diversos autores como o método de eleição para a Enfermagem Neonatal e Pediátrica pela continuidade dos cuidados à criança e aos pais desde a admissão até a alta, o que proporciona uma maior qualidade e humanização dos cuidados. Contudo, este método exige também um maior número de profissionais e com uma maior preparação, com um elevado grau de formação e experiência, o que por vezes dificulta a sua plena aplicação (Kron, 1994).

O modelo de parceria de cuidados é aceite a nível nacional como aquele que mais se adequa ao contexto pediátrico e neonatal. Assim sendo, a filosofia dos cuidados centrados na família é desenvolvida diariamente nestes serviços, o que promove e exige que todos os enfermeiros que prestam cuidados desenvolvam competências pedagógicas, supervisivas, relacionais, científicas e metodológicas. Talvez por isso não se verifiquem relações estatisticamente significativas entre os factores anteriormente mencionados e a prática de enfermagem familiar. Desenvolver a supervisão no âmbito da parceria de cuidados obriga a que haja um esforço permanente para actualizar conhecimentos, apostando na formação contínua, tendo em conta a dinâmica actual do conhecimento. Para além disso exige, que cada profissional, adopte uma atitude de auto-supervisão e assuma uma prática reflexiva, crítica e fundamentada, pois só assim é possível identificar os aspectos a melhorar e prestar os melhores cuidados à criança/RN.

Assim, talvez a prática de enfermagem familiar esteja relacionada com outros factores, como a percepção e a satisfação com o trabalho conjunto com os pais. Para além disso, a amostra era reduzida (36 elementos) o que também pode justificar a ausência de diferenças estatisticamente significativas.

Através da análise de conteúdo das respostas às questões abertas da EPEF (questão 11, 12 e 13) identificamos as vantagens, problemas e procedimentos apontados pelos enfermeiros no que consta à prática de enfermagem centrada na família.

As **vantagens** referidas pelos enfermeiros foram diversas e a maioria está de acordo com as vantagens referidas por vários autores da área e noutros estudos de investigação.

Verificou-se que 39% de repostas os enfermeiros referiram as vantagens para a relação entre os pais e a criança, como a redução do stresse familiar (10,5%), o maior sentido de utilidade dos pais (8,4%), o conhecimento que a família detém acerca da criança e o facto de os pais serem os melhores cuidadores dos filhos (7,4%), o bem-estar para a criança (6,3%), o contributo da parceria de cuidados para a família conhecer melhor a criança (5,2%) e para a vinculação (1,1%).

O facto da família ser quem conhece melhor a criança e que os pais são os melhores cuidadores dos filhos constituem dois conceitos-chave do Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey .

Os enfermeiros referiram como vantagens deste envolvimento o facto deste ajudar a família a conhecer melhor a criança, a redução do stresse familiar e a diminuição da ansiedade dos pais, uma vez que se sentem úteis, ao mesmo tempo que minimiza o sofrimento/desconforto da criança. Estas opiniões reflectem a filosofia dos cuidados atraumáticos e a promoção de estratégias de adaptação por parte da família face à hospitalização.

Referiram ainda que o envolvimento da família facilita a vinculação entre pais e filhos, o que realça o papel do enfermeiro como promotor da relação entre pais e RN. Tal como refere Bronfenbrenner (2005), para que o desenvolvimento da criança ocorra aos níveis intelectual, emocional e social, ela precisa de desenvolver interacções recíprocas e emocionais fortes com outras pessoas, interacções estas que se vão tornando progressivamente mais complexas. Estas pessoas são responsáveis pelo seu bem-estar e desenvolvimento. Daí o papel do enfermeiro enquanto promotor da interacção e vinculação entre pais/ RN de risco ser tão importante e apresentar um impacto que tem não só efeitos imediatos como vantagens futuras.

Já em 35,7% das respostas mencionaram a preparação precoce da alta e dos cuidados no domicílio, mais especificamente, a oportunidade para realizar educação para a saúde (16,8%), a maior confiança dos enfermeiros e da família nos cuidados prestados (13,7%), a avaliação das capacidades e competências da família nos cuidados à criança (4,2%) e o poder de decisão que é dado aos pais (1,1%). O *empowerment* é defendido

por Wong (1999) e permite também avaliar as capacidades e competências da família nos cuidados

A categoria qualidade dos cuidados foi abordada por 20,0% das respostas, nomeadamente a maior satisfação dos pais e enfermeiros (8,4%), o que está de acordo com Saunders *et al.* (2003), e a promoção de uma forte relação entre enfermeiro e família (5,2%). Estes dois aspectos também se constatarem através da média da pontuação obtida nos itens 7 e 9 da escala, que foram as mais elevadas e remetem para a abordagem dos familiares acerca do RN e para a gratificação derivada do envolvimento com as famílias. Ainda nesta categoria, os enfermeiros mencionaram a prestação de cuidados personalizados e com qualidade (3,2%) e a partilha de conhecimentos e experiências entre profissionais e família (3,2%). Tal como alerta Oliveira (2001) é necessário estabelecer uma boa relação entre família e enfermeiro de modo a “fazer com” e a estabelecer uma relação de ajuda.

Já na categoria organização e execução dos cuidados, referida 5,3% no total de respostas, foi destacado que permite orientar a prestação de cuidados durante o turno (2,0%), o desenvolvimento de competências do enfermeiro (1,1%), a articulação com os membros da equipa multidisciplinar de saúde (1,1%) e a maior rapidez na execução dos procedimentos (1,1%).

Wong (1999) defende esta ideia afirmando que a partilha de conhecimento torna tanto os enfermeiros como a família mais capazes, o que se torna numa vantagem para todos.

O envolvimento da família foi também considerado promotor da articulação com outros membros da equipa. Na opinião de Barros (2001b) é absolutamente essencial valorizar o conhecimento e competência de todos os profissionais da equipa para maximizar o desenvolvimento dos pais, RN e dos próprios profissionais.

Contrariamente à falta de disponibilidade/tempo mencionada por alguns enfermeiros como desvantagem, alguns enfermeiros referiram que o envolvimento da família liberta o enfermeiro para outras funções e permite orientar a prestação de cuidados durante o turno e permite uma maior rapidez na execução dos procedimentos.

Relativamente aos **problemas/inconvenientes** referidos pelos enfermeiros relativamente ao envolvimento da família no planeamento e na avaliação de cuidados envolvem diversos aspectos que foram incluídos em categorias como: recursos humanos e físicos (37,0%), limitações relativas às famílias (37,0%), limitações relativas à equipa de enfermagem (13,1%) e ausência de inconvenientes (12,9%).



O problema mais destacado foi a falta de disponibilidade por parte dos enfermeiros (25,9%) para envolver os pais no planeamento e avaliação dos cuidados, pois como alguns enfermeiros referiram, o ensino, a ajuda e a supervisão exigem tempo de que os enfermeiros por vezes não dispõem. Tal como refere Sá-Chaves (2007), supervisionar é dar tempo e oportunidade ao supervisando, contudo, devido ao número de RN internados e aos cuidados necessários a cada situação clínica, nem sempre é possível dispor de tempo suficiente para as necessidades de cada família. A noção que é preciso mais tempo e disponibilidade por parte dos enfermeiros revela reflexão sobre a exigência e a complexidade da supervisão desenvolvida entre enfermeiro/RN/família.

Neste seguimento alguns enfermeiros referiram que o facto de existir um número reduzido de enfermeiros em alguns turnos também dificulta a envolvimento da família (9,3%), o que está relacionado com as actuais políticas de gestão ao nível da saúde. A falta de estruturas físicas adequadas foi também mencionada (1,9%).

Relativamente às limitações relativas à família, apontadas em 37,0% das respostas, os enfermeiros destacaram a falta de receptividade/motivação por parte de alguns pais em envolverem-se nos cuidados (18,5%), a falta de informação/competência por parte da família (7,4%), a ansiedade e medo da família (3,7%), a ausência da família (3,7%), a falta de sinceridade da família na transmissão de dados (1,9%) e o incumprimento dos cuidados negociados por parte da família (1,9%).

A falta de receptividade/vontade/motivação por parte de alguns pais em envolverem-se nos cuidados foi o mais destacado pelos enfermeiros. Como alguns enfermeiros referiram nem sempre a família aceita participar nos cuidados, considerando que deve ser o enfermeiro a prestá-los. É de realçar que, segundo Casey (1993), o facto dos pais não quererem participar nos cuidados, não significa que não se tenha estabelecido uma parceria de cuidados. Se na negociação de cuidados os pais optarem por não prestar determinados cuidados, essa opção deve ser respeitada após ser devidamente esclarecida. Esses cuidados passam a ser assegurados pelos enfermeiros, não podendo dizer que por isso não se estabeleceu uma parceria de cuidados.

Esta falta de receptividade por parte dos pais também já foi abordada no estudo realizado por Mano (2002) quando concluiu que os pais nem sempre estão predispostos para a prestação de determinados cuidados e que têm dificuldade em compreender o seu papel como pais no meio hospitalar. A ansiedade e o medo por parte da família foi mencionado por um enfermeiro e são respostas normais à hospitalização, que o enfermeiro deve compreender.

Para contornar este problema a parceria de cuidados deve ser sempre devidamente explicada, nomeadamente no que consta às suas vantagens para todos os intervenientes. Os cuidados devem ser negociados após o devido esclarecimento e deve ser respeitada a decisão dos pais.

A falta de informação/competência por parte da família foi também mencionada. Deve ser dado aos pais a informação necessária e a tomada de decisão, contudo, se eles não quiserem decidir isso deve ser respeitado, tal como foi anteriormente mencionado.

O incumprimento por parte da família dos cuidados negociados foi também referido, sendo que a negociação deve ser reforçada como um compromisso em que cada pessoa se responsabiliza por determinados cuidados a prestar ao RN.

A ausência da família foi também mencionada, sendo que esta deve ser integrada na UCIN e incentivada a permanecer junto do RN, ainda que para os pais estas unidades sejam muitas vezes perspectivadas como um local essencialmente tecnológico, pouco acolhedor e até por vezes assustador.

Por sua vez, os problemas inerentes à equipa de enfermagem englobaram a dificuldade em avaliar as competências da família para determinadas acções planeadas (3,7%), a falta de competência por parte dos enfermeiros (3,7%), a exigência de uma reorganização do planeamento de cuidados habitual (1,9%), a falta de continuidade dos cuidados (1,9%) e a autonomia limitada dos enfermeiros (1,9%). Estas respostas, dadas a uma pergunta aberta, parecem estar relacionadas com pontuação obtida na escala. De facto os itens que obtiveram uma média mais reduzida foram os itens 6, 3 e 8, que remetem para o planeamento conjunto entre enfermeiro e família, para o conhecimento sobre enfermagem familiar e para a promoção da participação da família na identificação das necessidades, respectivamente.

Tal como refere Casey (1993) o plano de cuidados deve ser previamente negociado entre enfermeiro e família, abordando os cuidados familiares e de enfermagem, o momento e a pessoa que se responsabiliza por estes, bem como os objectivos, métodos e avaliação dos cuidados. É de referir que o item 5 – eu sinto-me confortável em iniciar o envolvimento da família no planeamento dos cuidados – obteve uma das médias mais altas, sendo que as falhas a nível do planeamento conjunto entre pais e enfermeiros também possam estar relacionadas com a falta de disponibilidade que tantas vezes os enfermeiros referiram.

No que toca à continuidade dos cuidados, uma vez que o objectivo é desenvolver a autonomia dos pais enquanto prestadores de cuidados, o plano deve ter em conta a singularidade de cada família e deve ser cumprido. A metodologia do Enfermeiro

Responsável também implica o seguimento do plano de cuidados uma vez que na ausência do enfermeiro primário outros enfermeiros associados asseguram a continuidade dos cuidados (Jorge, 2004).

Os enfermeiros referiram ainda a dificuldade em avaliar a competência das famílias para determinadas acções planeadas, apesar de se ter verificado que há relação entre a auto-avaliação dos pais e a avaliação de competências parentais realizada pelos enfermeiros. De facto a avaliação é muito complexa, principalmente quando tivemos pouco contacto com a família, por isso é tão importante avaliar continuamente, de forma a despistar dificuldades que levem ao reforço de ensinamentos e se necessário à redefinição do plano de cuidados. A avaliação deve também ser contextualizada, individual e facilitar a aprendizagem.

Por último no que toca aos problemas por parte da equipa de enfermagem um enfermeiro referiu que os enfermeiros possuem pouca autonomia profissional e que por vezes esse aspecto inibe-os de responder a algumas questões, para não entrarem em contradição com outros elementos da equipa de saúde. De facto, os enfermeiros trabalham em equipas multidisciplinares e a comunicação nem sempre é fácil. Contudo, cabe também ao enfermeiro encaminhar os utentes para os vários profissionais da equipa e contribuir para o desenvolvimento dos outros profissionais relativamente à parceria de cuidados, o que exige o desenvolvimento de atitudes e valores que o permitam (Lima *et al.*, 1999).

Em 12,9% das respostas os enfermeiros referiram não existir qualquer inconveniente no envolvimento da família no planeamento e avaliação dos cuidados.

Esta diversidade de opiniões numa mesma equipa de enfermagem estão de acordo com McWilliam *et al.* (2003), segundo o qual o conhecimento dos princípios da abordagem centrada na família não é suficiente para que os profissionais os consigam aplicar eficazmente na sua prática diária, o que está relacionado com a complexidade e singularidade de cada situação e também com obstáculos administrativos.

Também Pedroso e Bousso (2004) referem que o significado de cuidar da família é particular para cada enfermeiro e varia consoante as experiências diárias. McWilliam (2003b) refere que más experiências com profissionais levam a que a família adopte uma posição defensiva e se mostre relutante em abrir-se com outro profissional que, por sua vez, poderá também ficar com a impressão errada. De facto, a perspectiva do profissional acerca da família é influenciada pelo estilo de interacção dos pais, pela formação profissional, pela filosofia adoptada e pela experiência de trabalho. Dessa forma, são vários os factores que influenciam o estabelecimento de uma ligação com a família.

É de extrema importância a identificação destes problemas pois podem constituir a base para melhorar algumas formas de agir e de trabalhar com as famílias e assim proporcionar uma melhor qualidade nos cuidados prestados ao RN e família.

Por todos estes motivos, trabalhar em parceria de cuidados com a família exige que o todo o processo de enfermagem seja adaptado à singularidade, características, capacidades e competências de cada família, para que seja possível trabalhar em conjunto para um objectivo comum e para que tanto enfermeiro como família se desenvolvam através da partilha de conhecimentos. Para além disso, os enfermeiros devem apostar na formação contínua e na prática reflexiva para que o seu trabalho com as famílias se torne mais rico e fundamentado através do desenvolvimento de capacidades pedagógicas e relacionais.

Os **procedimentos** referidos pelos enfermeiros vão desde o momento da entrada até ao momento da alta do RN e reflectem os princípios dos cuidados em parceria com os pais.

Os procedimentos foram agrupados nas categorias prestação de cuidados em parceria entre os pais e enfermeiro (52, 8%), educação para a saúde (25,7%), acolhimento na UCIN (18,9%) e outros (2,6%) os enfermeiros referiram a prestação de cuidados ao RN em parceria entre os pais e o enfermeiro.

Os aspectos mencionados em maior número foram a prestação de cuidados em parceria e a educação para a saúde, procedimentos que possibilitam a educação e o treino dos familiares. Estas actividades permitem preparar atempadamente a alta e os cuidados no domicílio, tornando a família progressivamente mais capaz, competente e autónoma, o que é defendido pelos vários autores como o mais vantajoso.

Na categoria prestação de cuidados em parceria os enfermeiros salientaram a promoção da prestação de cuidados ao RN pelos pais (21,6%), a supervisão dos cuidados prestados pelos pais (10,8%), a negociação dos cuidados com a família (9,5%), a avaliação de capacidades/competências dos pais (6,8%), permitir aos pais a tomada de decisão (4,1%).

A supervisão foi destacada como promotora do desenvolvimento da família e criança, num contexto de ajuda. Tal como referem Barros (1999) e Cunha (2000) os profissionais devem potencializar os aspectos enriquecedores da hospitalização, nomeadamente contribuir para que se torne um momento de aprendizagem. Dessa forma, o enfermeiro intervém no sentido de reduzir o stresse da família e de ajudá-la através de intervenções específicas e de uma supervisão atenta e cuidativa,

potencializando assim o desenvolvimento da família, promovendo a vinculação entre pais e RN, no âmbito da humanização dos cuidados.

Também a negociação de cuidados e permitir aos pais a tomada de decisão se revelam essenciais nos cuidados em parceria, uma vez que permitem responsabilizar os pais e favorecer a sua autonomia.

Já a validação/avaliação de competências realizada em conjunto com os pais permite que esta se torne um momento de co-aprendizagem, se necessário definir outros métodos ou redefinir objectivos.

Na categoria educação para a saúde, mencionada em 25,7% do total de respostas foram referidos várias temáticas de educação para a saúde e que abrangem os cuidados necessários ao bebé, incluindo a higiene, a amamentação, a avaliação de sinais vitais e colocação de sensor de saturação de oxigénio, os benefícios do toque/massagem, o transporte seguro do RN, a preparação de medicação, a prevenção de acidentes e o síndrome de morte súbita. Estes ensinamentos, realizados ao longo do internamento realçam também o papel pedagógico do enfermeiro, que deve educar para a saúde de acordo com a capacidade e necessidade de cada utente, promovendo o autocuidado, tal como defende a Ordem dos Enfermeiros (2005).

O acolhimento no serviço foi mencionado 18,9% das respostas, o que demonstra que os enfermeiros estão conscientes que a forma como os pais são recebidos na unidade tem implicações no estabelecimento de uma relação de confiança na equipa de saúde, na sua segurança e proximidade o que também influencia a relação entre os pais e o RN (Cunha, 2000).

Por último, na categoria outros foi incluído o fornecimento de informação telefónica aos pais quando estes estão ausentes do serviço (1,3%) e o despiste social (1,3%). O fornecimento de informação telefónica quando a mãe não pode estar presente demonstra o papel do enfermeiro enquanto promotor da relação entre mãe e RN dado que há situações em que é extremamente difícil para as mães conciliarem o internamento do RN com a restante vida familiar, tal como se constatou pelas respostas ao item 17 da escala de auto-avaliação de competências parentais nos cuidados ao RN de risco.

A referência ao despiste de apoio social alerta para o papel do enfermeiro como elo de ligação, que realiza a articulação com outros membros da equipa que não estão permanentemente no serviço.

É de realçar que todos estes procedimentos são susceptíveis de contribuir para a elevada média do score final da escala de auto-avaliação de competências parentais nos

cuidados ao RN, para além dos factores anteriormente mencionados e que foram alvo dos testes de hipóteses.

Em suma, após a discussão acerca dos resultados obtidos consideramos que atingimos os objectivos específicos propostos para este trabalho. Segue-se a conclusão desta investigação.

## 4 – CONCLUSÃO

Na conclusão são resumidos os principais resultados da investigação, apontando as implicações práticas desta investigação, os seus limites e possíveis futuras investigações.

Organizámos este capítulo em: principais conclusões, implicações práticas, limitações do estudo e investigações futuras.

### 4.1 – PRINCIPAIS CONCLUSÕES

Após a concretização desta investigação consideramos que atingimos o objectivo geral e que respondemos às questões de partida. O intuito era realizar um estudo exploratório que abordasse a supervisão entre enfermeiros e pais que diariamente é desenvolvida nas UCI/IN, no âmbito dos cuidados em parceria e centrados na família, um assunto ainda pouco explorado na investigação. Para além disso, tínhamos ainda como objectivo abordar a prática reflexiva e auto-supervisão dos enfermeiros que desenvolvem a sua actividade nestas unidades, por isso estudámos também a prática de enfermagem familiar.

Respondendo sucintamente às questões de partida, a primeira questão que colocámos era acerca se os pais se sentem competentes nos cuidados ao RN internado na UCIN, próximo do momento da alta. Constatámos que sim, apesar de existirem alguns cuidados/conhecimentos relativamente aos quais não se sentem tão confiantes, talvez pela complexidade que lhes é inerente. Concluímos ainda que os factores sócio-demográficos não estão relacionados com o sua auto-avaliação, verificando-se relação positiva entre o tempo de internamento e negativas com as semanas de gestação do RN, o que pode estar relacionado com a educação para a saúde e o treino de competências.

A segunda questão era acerca da relação entre a auto-avaliação dos pais e da avaliação realizada pelos enfermeiros acerca das competências parentais, ou seja, se estas eram coincidentes. Verificámos que existia uma associação positiva entre ambas, embora a média da pontuação geral dos enfermeiros seja mais reduzida, possivelmente pelo rigor com que avaliam os cuidados.

A terceira questão era acerca da satisfação dos pais com os cuidados de enfermagem. O objectivo era verificar se, de facto os pais se sentem satisfeitos com os cuidados em parceria e centrados na família. Concluímos que os pais se sentem

satisfeitos, dado a média elevada nas sub-escalas EECE e ESCE. À excepção da idade, os factores sócio-demográficos também não estão relacionados com a satisfação, contudo verificou-se relação parcial entre a auto-avaliação e a satisfação dos pais com os cuidados de enfermagem. Os comentários dos pais abordaram também aspectos interessantes, que reforçam e dão pistas para melhorar a actuação dos enfermeiros.

A última questão era se os enfermeiros valorizam a prática de enfermagem centrada na família. Pelo score da EPEF torna-se evidente que a valorizam, e que esta não está relacionada com as características profissionais dos enfermeiros. Por sua vez, as respostas às questões abertas demonstram que estes profissionais estão atentos a diversos aspectos que influenciam de forma significativa a sua prática diária. De facto, através destas respostas obtivemos uma riqueza de conteúdo, representativa da reflexão e auto-supervisão destes enfermeiros e do confronto entre a realidade diária e os fundamentos teóricos.

Com este estudo pretendemos explorar o papel pedagógico do enfermeiro, através da educação para a saúde e da supervisão que desenvolve no âmbito da parceria de cuidados. Tal como refere Phaneuf (2001) o ensino ao utente e família não é uma escolha do enfermeiro, mas sim uma obrigação profissional que contribui para a qualidade e responsabilidade pelos cuidados.

Os cuidados centrados na família e a supervisão que se desenvolve neste contexto são muito complexos. Winton e Crais (2003) referem que não existe nenhuma fórmula ou livro de instruções para se trabalhar com as famílias. Deve-se ter em conta que a abordagem de cada família deve ser adequada à unicidade de cada uma, de forma planeada mas flexível.

Smith (1995) menciona que a relação de parceria depende essencialmente da atitude dos profissionais perante a inclusão da díade no processo de cuidados; a vontade do enfermeiro em partilhar a informação, os conhecimentos e a perícia e; a habilidade do enfermeiro para educar e apoiar os outros envolvidos no processo de cuidados.

É ainda de destacar que a relação de parceria entre enfermeiro e família é facilitada pela metodologia de trabalho por enfermeiro responsável, com partilha de competências. A existência de um profissional de enfermagem que estabeleça com a família uma relação de confiança e segurança, pode ser uma forma de minimizar os efeitos da hospitalização, sendo considerado um dos factores que mais influencia a parceria de cuidados.

Comunicar é também fundamental na parceria de cuidados e perceber a vontade e a perspectiva de todos os intervenientes. De salientar que a parceria de cuidados não é



os cuidados prestados pelos pais, mas sim os cuidados negociados entre os vários intervenientes. O facto de os pais não quererem participar nos cuidados não significa que não sejam cuidados em parceria. Quanto ao RN, apesar de este não verbalizar os seus sentimentos, possui uma linguagem e competências específicas a que o enfermeiro deve estar atento e deve dar a conhecer aos pais. Respeitar os seus ritmos e estar atento ao que ele nos sinaliza é assim uma forma de o considerar parceiro activo dos cuidados.

Através da EPEF podemos também verificar as dificuldades presentes na inclusão da família nas várias etapas do processo de enfermagem. Na verdade, para que a parceria de cuidados com os pais e criança seja possível em toda a sua plenitude e para que resulte no desenvolvimento de competências de todos os intervenientes neste processo, é necessário que ocorra de forma sistematizada, estruturada e formalizada. Assim sendo, revela-se primordial incluir a família em todo o processo de enfermagem, maximizando recursos e personalizando os cuidados consoante as necessidades da criança e família.

O processo de enfermagem é um meio privilegiado para transportar o modelo de parceria de cuidados para a prática diária de enfermagem pediátrica e para melhorar significativamente a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança e família. Por este motivo, não podemos restringir a actuação conjunta com a família à fase da implementação, como por vezes se verifica, esquecendo-os nas restantes etapas. A parceria de cuidados dá-se em todas as fases do processo de enfermagem e só assim podemos considerar que a aplicamos, respeitando os princípios do modelo proposto por Anne Casey. Para isso é necessário planear, discutir, negociar, fazer, partilhar, educar, treinar e avaliar com a família.

Este estudo alerta também para a auto-supervisão e prática reflexiva no âmbito da enfermagem. Os profissionais que trabalham com a aprendizagem devem reflectir continuamente, avaliar e auto-avaliar-se, reajustando também os seus próprios processos para rever a sua própria aprendizagem e para proporcionar o desenvolvimento de competências dos supervisandos. Para além disso, Rolland (1998), citado por Pedroso e Bousso (2004) destaca que o enfermeiro tem de analisar as suas próprias experiências, sentimentos e crenças sobre saúde, doença e família, dado que a sua capacidade de trabalhar com as famílias pode ser limitada devido às suas vivências pessoais, dificultando a prestação de cuidados.

Desta forma, a reflexão, a auto-observação e a supervisão são meios de se conseguir um feedback e de analisar as interacções de forma mais objectivas, de forma a identificar os pontos fortes e os aspectos a melhorar. Só assim é que é possível

desenvolver competências pedagógicas, relacionais, metodológicas e científicas enquanto profissional.

Pedir um feedback aos pais pode também ser um meio eficaz de identificar os pontos fortes e fracos, ao mesmo tempo que tem impacto no estabelecimento da parceria e na co-responsabilização das famílias.

Concluimos assim que para garantir a qualidade dos cuidados é necessário um esforço contínuo de questionamento e uma prática reflexiva acerca dos cuidados prestados actualmente. É necessário situarmo-nos num paradigma de inacabamento relativamente às nossas competências e de auto-implicação, assumindo-nos como agentes de mudança dos nossos serviços e, através do pensamento crítico, avaliar se os cuidados de enfermagem evoluem a par da sociedade e das investigações realizadas, considerando a prática de enfermagem como um campo de aplicação do conhecimento científico emergente.

Segundo Silva e Silva (1998) citados por Pedroso e Bousso (2004), os valores e paradigmas estão presentes nos comportamentos que reproduzimos sistematicamente e influenciam a nossa postura face à mudança, limitando ou favorecendo a prestação de cuidados e a interacção com a família. Neste contexto, a enfermagem não pode resumir-se à técnica e novas tecnologias para desenvolver a sua identidade, mas sim apostar simultaneamente na mudança de valores e assumir o papel pedagógico que lhe é inerente, promovendo as capacidades e as competências da família, o que leva à melhoria da qualidade.

Em suma, podemos afirmar que a supervisão em Enfermagem Neonatal é extremamente complexa, sendo que a função do enfermeiro passa em grande parte por ensinar e ajudar os pais a cuidar do seu filho. Como são RN de risco, em situação de patologia ou de prematuridade, a vinculação pais-RN é difícil e frágil. O enfermeiro tem que compreender os sentimentos vividos pelos pais e posteriormente desenvolver estratégias adaptadas a cada família para facilitar a vinculação e preparação dos pais enquanto cuidadores. Diariamente, o enfermeiro ensina e encoraja os pais a cuidar, após prévia negociação. Muitas vezes é preciso dar tempo, deixar fazer o luto do bebé sonhado. Progressivamente, desenvolvem-se estratégias e reforçam-se os ensinamentos adequados a cada família e observa-se e supervisiona-se os cuidados que os pais prestam, o que vai desde a supervisão mais dirigida até à mais flexível, consoante as necessidades.

A relação entre enfermeiro/RN/pais é sempre uma relação supervisiva imprevisível, idealmente marcada pela abertura, respeito e igualdade e com o interesse

comum de o bebé ter alta clínica o mais cedo possível, bem como, tornar os pais autónomos nos cuidados. Os cuidados a prestar são discutidos conjuntamente e partilhados. A informação é cruzada entre enfermeiro e pais, o que os enriquece mutuamente e converge para o desenvolvimento. Estas famílias são assim também um potencial formativo, levando os enfermeiros a procurar novas estratégias de cuidar e a co-construir conhecimentos que mudam a sua prática. No final de todo este processo, os pais são capazes da auto-supervisão, objectivo último dos enfermeiros.

#### 4.2 – IMPLICAÇÕES PRÁTICAS

A realização deste estudo permitiu fazer um ponto de situação dos cuidados de enfermagem desenvolvidos na UCIN. Assim, verificámos a existência de bastantes aspectos positivos como: o elevado sentido de competência dos pais nos cuidados ao RN, o seu elevado nível satisfação com os cuidados de enfermagem e a reflexão acerca da prática realizadas pelos enfermeiros. Tendo em conta os resultados dos estudos e os comentários dos pais e enfermeiros, mencionamos algumas sugestões susceptíveis de terem impacto na prática de enfermagem da UCIN, tais como:

- Sugerir o aumento do número de enfermeiros por turno, de acordo com as necessidades verificadas.

Por vezes a parceria é limitada devido ao número reduzido de profissionais e à pouca disponibilidade, tal como foi mencionado por pais e enfermeiros. A parceria exige tempo, disponibilidade e apoio. É importante que os gestores dos hospitais compreendam que a parceria de cuidados leva à diminuição do tempo de internamento e à diminuição de recidivas, uma vez que os pais são mais capazes e autónomos nos cuidados. Tal como referem Saunders *et al.* (2003) qualquer melhoria na prática dos cuidados centrados na família exige uma mudança nas crenças, cultura e funcionamento das UCI/IN, o que está directamente relacionado com as crenças das chefias e das instituições.

- Solicitar aos pais críticas/sugestões pertinentes para a melhoria dos cuidados.

Como intervenientes no processo de parceria, os pais deveriam ter a possibilidade de ser ouvidos relativamente aos aspectos que considerem que devem ser melhorados na UCIN e que contribuem para a sua satisfação. Assim, poderia ser possibilitado

exprimirem por escrito as sugestões ou comentários, de forma anónima, para que os profissionais os pudessem depois analisar e efectuar melhorias para o aumento de qualidade dos cuidados. Tal como refere Moore *et al.* (2003) as melhorias na prática centrada na família devem ter em conta que as famílias são um conselheiro precioso, devendo ser auscultadas aquando a tomada de decisões e elaboração de princípios e programas nas UCI/IN.

- Realizar formação sobre parceria de cuidados em todas as etapas do processo de enfermagem e sobre o papel pedagógico do enfermeiro enquanto supervisor dos cuidados prestados pelos pais.

De acordo com Simpson e Tarrant (2006) na Europa e na Ásia verifica-se uma consciência e investimento crescentes na prática de enfermagem centrada na família, na educação da mesma e na investigação. De facto, tendo em conta a limitação de recursos materiais e as alterações demográficas que se têm verificado, as famílias assumem-se como o melhor recurso para os cuidados de saúde. Dessa forma, é necessário que a enfermagem não só reconheça estas tendências, mas principalmente dirija esforços para desenvolver conhecimentos que favoreçam os cuidados centrados na família.

Esta formação poderia contribuir para que o processo de enfermagem não seja sub-aproveitado em algumas etapas e para que a prática de enfermagem centrada na família fosse mais fundamentada e maximizada. Permitia também esclarecer o que é a supervisão e descrever o processo supervisivo, para que os enfermeiros compreendessem a sua aplicação e rejeitassem os falsos conceitos que por vezes lhe estão associados, como a inspecção e o controlo. Esta formação englobar-se-ia na formação contínua, mais concretamente na formação em serviço, imprescindível para a actualização do conhecimento e desenvolvimento de competências dos profissionais.

Tendo em conta o propósito do uso da EPEF segundo as autoras, no final da formação esta escala poderia ser novamente aplicada e os resultados comparados com os deste estudo.

- Realizar formação a toda a equipa multidisciplinar sobre os cuidados em parceria, centrados na família e atraumáticos.

A multidisciplinaridade é necessária para que se consiga trabalhar em parceria e partilhar decisões e responsabilidades. Toda a equipa tem de estar em sintonia, para desenvolver uma filosofia própria de cada unidade. Há autores que referem como essencial cada UCI/IN ter uma visão/filosofia escrita, de forma concisa, referindo os

princípios que englobam os cuidados centrados na família. Contudo, esta só pode ser elaborada quando todos os elementos conhecerem os seus princípios. O desenvolvimento de uma filosofia de cada UCI/IN pode de facto ser uma afirmação positiva da crença colectiva da equipa, devendo estar reflectida na sua cultura diária, fazendo os ajustamentos necessários para que não seja só uma filosofia em formato de papel, mas sim uma realidade.

- Organizar grupos de supervisão clínica entre os enfermeiros.

A supervisão clínica é um instrumento fundamental para o desenvolvimento de competências dos profissionais. Assim sendo, deveriam ser feitas reuniões regulares de hetero-supervisão, para reflectirem conjuntamente e identificarem o que poderiam melhorar na sua prática diária de enfermagem centrada na família.

De facto, é necessário combater as barreiras existentes à parceria: as atitudes têm de mudar, é preciso desenvolver competências nas equipas e disponibilizar tempo. Num contexto de prática reflexiva e de auto-supervisão, as práticas centradas na família devem ser alvo constante de reflexão e análise, de forma a serem melhoradas o que converge para a satisfação dos enfermeiros e utentes.

De acordo com Pedroso e Bousso (2004), à medida que a equipa reflecte sobre o significado de cuidar da família, debruça-se também sobre as suas crenças, construindo outras, reconstruindo o conhecimento e identificando as dificuldades inerentes à prestação de cuidados. A família tem que ser vista como alvo dos cuidados e não apenas como contexto dos cuidados ao RN.

#### 4.3 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A maior limitação deste estudo foi a falta de autorização atempada para a aplicação dos questionários em outras UCI/IN. Os processos de autorização para a realização de investigações em meio hospitalares são morosos, o que limitou este estudo apenas à UCIN do HIP. Sendo assim, não foi possível comparar a satisfação e auto-avaliação dos pais, a avaliação dos enfermeiros e a prática de enfermagem consoante as unidades, o que teria sido interessante para analisar diferentes perspectivas.

Outra das limitações foi a escala de satisfação utilizada. A NSNS está mais direccionada para os cuidados individualizados e para ser respondida pelos utentes internados do que para a os cuidados centrados na família, nomeadamente na área de

neonatologia, havendo aspectos que não são abordados. De futuro talvez fosse mais favorável utilizar uma escala mais direccionada para os pais de RN internados, contudo os questionários mais direccionados existentes actualmente também apresentam lacunas acentuadas, tal como referem Conner e Nelson (1999), pelo que optámos pela NSNS.

#### 4.4 – INVESTIGAÇÕES FUTURAS

- Realizar este estudo noutras UCI/IN do país

Tal como já foi referido como a principal limitação deste estudo, não foi possível aplicar os instrumentos noutras unidades. Assim seria bastante positivo poder fazê-lo e comparar os resultados relativos a auto-avaliação e satisfação dos pais e à prática de enfermagem familiar e avaliação dos enfermeiros.

- Realizar um estudo longitudinal.

Aplicar o mesmo instrumento de auto-avaliação de competências parentais quando o RN já estivesse em casa, quando os pais estão totalmente responsáveis pelos cuidados e tomada de decisão. Seria também uma forma de avaliar os efeitos da supervisão dos enfermeiros nos pais, uma vez que o contacto prolongado com os profissionais de saúde é por vezes descrito como indutor de insegurança e limitador do poder de decisão dos pais, pois quando estes estão na UCI/IN sabem que podem sempre recorrer à opinião do enfermeiro quando não se sentem seguros.

- Realizar estudos sobre outros factores susceptíveis de contribuírem para a auto-avaliação de competências parentais.

Estudar a influência de factores como acolhimento na UCIN, a educação para a saúde, a oportunidade para prestar os cuidados ao RN e a relação supervisiva entre enfermeiro e família na auto-avaliação de competências parentais

- Analisar os registos de enfermagem

Analisar os registos de enfermagem seria um complemento para estudo, de forma a estudar as etapas do processo de enfermagem, verificar a colheita de dados, os planos de cuidados e a avaliação e verificar até que ponto a parceria é registada, e se é clarificado quem presta os vários cuidados e quando.

- Realizar um estudo sobre a satisfação profissional dos enfermeiros que prestam cuidados centrados na família

Segundo Simpson e Tarrant (2006) existe pouca documentação acerca do efeito que a abordagem de enfermagem familiar tem na prestação de cuidados e se acarreta mudanças inerentes. Os estudos existentes evidenciam que as enfermeiras que trabalham conjuntamente com as famílias experienciam um aumento de confiança, conhecimento e capacidade na prática de enfermagem e um aumento de satisfação relativamente ao trabalho com as famílias. Assim, seria interessante verificar em que medida o trabalho com as famílias contribui para a satisfação dos enfermeiros.

- Validação da NSNS e da FNPS

Um dos aspectos fundamentais deste trabalho foi o processo de tradução e validação da NSNS e da FNPS. Tendo em conta a amostra a que foram aplicadas, futuramente poderão ser novamente aplicadas, de forma a perfazer o número necessário para a publicação da sua tradução e validação.

## BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didácticas*. Coimbra: Formasau.
- Alarcão, I. (2001a). Do olhar supervisoivo ao olhar sobre supervisão. In Rangel, M. (Ed.). *Supervisão pedagógica: Princípios e Práticas*. Campinas: Papyrus Editora, pp. 11-55.
- Alarcão, I. (2001b). Formação Reflexiva. *Referência*, 6, 53-59.
- Alarcão, I.; Tavares, J. (2003). *Supervisão da Prática Pedagógica. Uma perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem (2ª Ed.)* Coimbra: Almedina.
- Alarcão, I.; Tavares, J. (2005). *Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem*. Coimbra: Almedina.
- Alessandrini, C. (2002). O desenvolvimento de competências e a participação pessoal na construção de um novo modelo educacional. In Perrenoud, P.; Thurler, M.; Macedo, L.; Machado, N.; Alessandrini, C. (Eds). *As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação*. Porto Alegre: Artmed Editora, pp.157-176.
- Amendoeira, J. (2000). Cuidado de enfermagem – intenção ou acção – o que pensam os estudantes? *Nursing*, 146, 8-14.
- Arockiasamy, V.; Holsti, L.; Albersheim, S. (2008). Fathers' Experiences in the Neonatal Intensive Care Unit: A Search for Control (versão electrónica). *Pediatrics*, 121, 215-222.
- Ausloos, G. (1996). *A competência das famílias – Tempo, caos, processo*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Barbosa, L. (1999). *A Avaliação e a Supervisão, Instrumentos de Gestão Estratégica Das Organizações Educativas*. Lisboa: Escola Superior de Educação João de Deus.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo (4ª ed.)*. Lisboa: Edições 70.



- Barreto, A. (1999). A situação social em Portugal, 1960-1999 - Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Retirado a 11 de Abril, 2004 de <http://www.ics.ul.pt/investiga/projectos/sitsoc/index.html>
  
- Barros, A.; Leltfeld, N. (1986). *Fundamentos de Metodologia Científica: Um guia para a iniciação científica*. São Paulo: MacGraw-Hill.
  
- Barros, L. (1999). *Psicologia Pediátrica – perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
  
- Barros, L. (2001a). A Unidade de Cuidados Intensivos de Desenvolvimento como Unidade de Promoção do Desenvolvimento. In Canavarro, M. (Ed). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto, pp. 297-316.
  
- Barros, L. (2001b). O bebé nascido em situação de risco. In Canavarro, M. (Ed) *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto, pp. 235-254.
  
- Bastos, A.; Fernandes, S.; Viana, A. (1999). Desenvolvimento de competências e aprendizagem organizacional: Avaliação do programa “Cuidar-se para Cuidar”. In Associação Nacional dos Programas de Pós-graduação em Administração (Org.). *23ª Encontro Nacional da ANPAD*, pp. 1-15. Retirado a 28 de Maio, 2008, de [www.webposgrad.propp.ufu.br](http://www.webposgrad.propp.ufu.br).
  
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
  
- Botelho, T.; Machado, M. (1995). Reacções dos pais a um recém-nascido doente. *Saúde Infantil*, 18, 61-65.
  
- Brazelton, T.; Cramer, B.(1989). *A relação mais precoce – os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar.
  
- Bronfenbrenner, U. (2005). Preparar um mundo para a criança no século XXI: o desafio da investigação. In Gomes-Pedro, J.; Nugent, J.; Young, J.; Brazelton, T. (Eds.). *A Criança e a Família no século XXI*. Lisboa: Dinalivro, pp. 79 - 89 .

- Carmo, H.; Ferreira, M. (1998), *Metodologia da Investigação. Guia para Auto-Aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Casey, A. (1993). Development and use of the Partnership Model of Nursing Care. In Glasper, E.; Tucher, A. (Eds). *Advances in Child health Nursing*. Middtesex: Scutari Press.
- Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmieres: une perspective holistique - humaniste*. Boucherville: Gãetan Morion Éditeur.
- Charepe, Z. (2004). Integração dos pais nos cuidados à criança com doença crónica. *Nursing*, 191, 6 -12.
- Collière, M. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos enfermeiros Portugueses.
- Conner, J.; Nelson, E. (1999). Neonatal Intensive Care: Satisfaction Measured From a Parent's Perspective (versão electrónica). *Pediatrics*, 103, 336-349.
- Correia, M. (2002). A Reflexão Crítica como Prática Formativa. *Revista Sinais Vitais*, 42, 60-63.
- Coutinho, C. (2009). O que é a análise de conteúdo? Retirado a 23 de Maio de 2009, de <http://claracoutinho.wikispaces.comz/O+que+%C3%A9+An%C3%A1lise+de+Conte%C3%BAdo%3F>.
- Cunha, M. (2000). Recém-nascidos hospitalizados: a vivência dos pais e mães (versão electrónica). *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 21, 70-83.
- Diniz, R. (2005). Parceria: Circunscrevendo um Conceito que nos é Próximo?! *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 3, 17-24.
- Espezel, H; Canam, C. (2003). Parent–nurse interactions: care of hospitalized children (versão electrónica). *Journal of Advanced Nursing*, 44(1), 34-41.
- Estevinho, I. (2004). Enfermeiros e mães a caminho...da parceria ao empowerment no cuidado! *Servir*. 15, 151-156.

- Fernandes, D. (2007). *Percursos e Desafios da Avaliação Contemporânea. Síntese da Lição das Provas de Agregação*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Fernandez, E. (1998). Só “fazer as observações”: a prática reflexiva na enfermagem. *Nursing*, 124, 18-22.
- Ferreira, M.; Costa, M. (2004). Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé prematuro. *Revista do ISPV*, 30, 51-58.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Freire, P. (1998). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa* (7ª ed.). São Paulo: Paz e Terra.
- Gomes-Pedro, J. (2005). A criança no século XXI. In Gomes-Pedro, J.; Nugent, J.; Young, J.; Brazelton, T. (Eds.). *A Criança e a Família no século XXI*. Lisboa: Dinalivro, pp. 23 - 48.
- Gonçalves, A.; Vitorino, C.; Santos, E.; Silva, I.; Louro, M. (2001). O enfermeiro e a família: parceiros de cuidados? *Nursing*. 151, 11-17.
- Gonçalves, M.; Castro, S.; Maia, O. E Lopes, W. (1999). Os pais numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Informar*, 18, 26-28.
- Hadji, C. (1994). *A avaliação, regras do jogo – das interações aos instrumentos* (4ª Ed.) Porto: Porto Editora.
- Heermann, J.; Wilson, M; Wilhelm, P. (2005). Mothers in the NICU: Outsider to a partner (versão electrónica). *Pediatric Nursing*, 31 (3), 176 - 181.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de Cuidar*. Lisboa: Lusociência (2000).

- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da criança: (re)pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.
  
- Kamada, I.; Rocha, S. (2006). As expectativas de pais e profissionais de enfermagem em relação ao trabalho da enfermeira em UTIN (versão electrónica). *Revista Escola de Enfermagem USP*, 40(3), 404-411.
  
- Kenner, C. (2001). *Enfermagem Neonatal* (2º Ed). Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores.
  
- Krippendorff, K. (1980). *Content Analysis – An Introduction to its Methodology*. Londres: Sage.
  
- Kron, T. (1994). *Administração de cuidados de enfermagem ao paciente* (6ª Ed). Rio de Janeiro: Interlivros.
  
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.
  
- Lima, E.; Issi, H.; Cachafeiro, M.; Hiling, M.; Ribeiro, N. (2006). Modelo de Cuidado Diferenciado de Enfermagem à Família da Criança Internada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (versão electrónica). *Fam. Saúde Desenv.*, 8 (2), 168 -177.
  
- Lima, R.; Rocha, S.; Scochi, C.(1999). Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais (versão electrónica). *Revista latino-americana de enfermagem*, 2, 33-39.
  
- Loureiro, E.(2000). Prematuridade e maus-tratos à criança. *Infância e Juventude – revista de Instituto de Reinscrição Social*, 3, 49-67.
  
- Macedo, L. (2002). Situação-problema: forma e recurso de avaliação, desenvolvimento de competências e aprendizagem escolar. In Perrenoud, P.; Thurler, M.; Macedo, L.; Machado, N.; Alessandrini, C. (Eds). *As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação*. Porto Alegre: Artmed Editora, pp. 113 – 135.

- Machado, N. (2002). Sobre a ideia de competência. In Perrenoud, P.; Thurler, M.; Macedo, L.; Machado, N.; Alessandrini, C. (Eds). *As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação*. Porto Alegre: Artmed Editora, pp. 137- 155.
  
- Mano, M.(2002). Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Referência*, 8, 53-61.
  
- Marques, S.; Sá, M. (2004). Competências Maternas Auto-Percebidas no Contexto da Prematuridade. *Referência*, 11, 33-41.
  
- Martínez, J.; Fonseca, L.; Scochi, C. (2007). Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em Unidade Neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde (versão electrónica). *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15(2), 239-246.
  
- Martins, A. (1991). Humanizar o atendimento à criança. *Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria*.
  
- McCormick, M.; Escobar, G.; Zheng, Z.; Richardson, D. (2008). Factors Influencing Parental Satisfaction With Neonatal Intensive Care Among the Families of Moderately Premature Infants (versão electrónica). *Pediatrics*, 121, 1111-1118.
  
- McWilliam, P. (2003a). Práticas de intervenção precoce centradas na família. In McWilliam, P.; Winton, P.; Crais, E. (Eds) *Estratégias Práticas para a Intervenção Precoce centrada na Família*. Porto: Porto Editora, pp. 9-21
  
- McWilliam, P. (2003b). Primeiros Encontros com as famílias. In McWilliam, P.; Winton, P.; Crais, E. (Eds) *Estratégias Práticas para a Intervenção Precoce centrada na Família*. Porto: Porto Editora, pp. 23-38.
  
- McWilliam, P.; Winton, P.; Crais, E. (2003). *Estratégias Práticas para a Intervenção Precoce centrada na Família*. Porto: Porto Editora.
  
- Melnyk, B.; Alpert-Gillis, L.; Feinstein, N.; Crean, H.; Johnson, J.; Fairbanks, E.; Small, L.; Rubenstein, J.; Slota, M.; Corbo-Richert, B. (2004). Creating Opportunities for Parent

Empowerment: Program Effects on the Mental Health/Coping Outcomes of Critically Ill Young Children and Their Mothers (versão electrónica). *Pediatrics*, 113, 597-607.

- Moore, K.; Coker, K.; DuBuisson, A.; Sweet, B.; Edwards, W. (2003). Implementing Potentially Better Practices for Improving Family-Centered Care in Neonatal Intensive Care Units: Successes and Challenges (versão electrónica). *Pediatrics*, 111, 450-460.

- Morais, C. (2004). Perspectivas das competências. *Nursing*, 188, 23-24.

- Ngui, E.; Flores, G. (2006). Satisfaction With Care and Ease of Using Health Care Services Among Parents of Children With Special Health Care Needs: The Roles of Race/Ethnicity, Insurance, Language, and Adequacy of Family-Centered Care (versão electrónica). *Pediatrics*, 117, 1184-1196.

- Nunes, L. (2002). Competências morais no exercício de enfermagem: “Cinco estrelas”. *Nursing*, 171, 8-11.

- Oliveira, M. (2001). Vivenciando uma experiência amorosa de cuidado com mães e seus recém-nascidos pré-termo. Retirado a 4 de Abril, 2002, de [http://www.fen.ufg.br/revista3\\_2/viven.html](http://www.fen.ufg.br/revista3_2/viven.html).

- Ordem dos Enfermeiros (2005a). Competências dos enfermeiros de cuidados gerais. Retirado a 23 de Fevereiro de 2008 de <http://www.ordemenfermeiros.pt>.

- Ordem dos Enfermeiros (2005b). Reflexões – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Retirado a 23 de Fevereiro de 2008 de <http://www.ordemenfermeiros.pt>.

- Pais, A.; Monteiro, M. (2002). *Avaliação – Uma Prática Diária* (2ª ed). Lisboa: Editorial Presença.

- Pedroso, G.; Bousso, R. (2004). O significado de cuidar da família na UTI neonatal: crenças da equipe de enfermagem (versão electrónica). *Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá*, 1, 129-134.

- Peterson, W.; Charles, C.; Dicenso, A.; Sword, W. (2005). The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales: a valid measure of maternal satisfaction with inpatient postpartum nursing care (versão electrónica). *Journal of Advanced Nursing*, 52 (6), 672-681.
- Phaneuf, M. (1993). *Cuidados de Enfermaria – El proceso de atención de Enfermaria*. Madrid:McGraw-Hill.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de Cuidados: Um Sistema Integrado e Personalizado*. Coimbra: Quarteto.
- Pires, A. (2001) (Ed.). *Crianças (e pais) em risco*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Polit, D.; Hungler, B. (1994). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud* (4ª Ed.). México: Interamericana, McGraw-Hill.
- Portugal – Ministério da Saúde – Decreto-Lei n.º 437/91, «Carreira de Enfermagem». *Diário da República*. Lisboa, I Série (257), 8 de Novembro de 1991.
- Rebello, T. (2002). *Supervisão em Enfermagem como processo educativo: limites e possibilidades*. Tese de Mestrado. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina. Retirado a 20 de Janeiro de 2009, da Universidade Federal de Santa Catarina, web site: <http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0402.pdf>.
- Reis, N. (2003). De feto a bebé. In Sá, E. (Ed). *Psicologia do Feto e do Bebé*. (3ª ed.) Lisboa: Fim de Século, pp. 15-32.
- Robertson, L. (1996). Informação é a chave para dar responsabilidades à família. *Nursing*, 99, 29- 30.
- Russel, N. (1996). *Manual de Educação para a Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Sá, E. (2003). Os bebés: da biologia à psicanálise. In Sá, E. (Ed). *Psicologia do Feto e do Bebé*. (3ª ed.) Lisboa: Fim de Século, pp. 101-110.

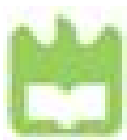
- Sá-Chaves, I. (2007). *Formação, Conhecimento e Supervisão* (2ª Ed.). Aveiro: Universidade de Aveiro.
  
- Saunders, R.; Abraham, M.; Crosby, M.; Thomas, K.; Edwards, W. (2003). Evaluation and Development of Potentially Better Practices for Improving Family-Centered Care in Neonatal Intensive Care Units (versão electrónica). *Pediatrics*, 111, 437 – 449.
  
- Sérgio, M. (2002). Acolhimento da criança e da família no bloco operatório. *AESOP revista*. III (7) 21 – 26.
  
- Servo, M.; Correia, V. (2006). Supervisão e a Educação Permanente da Força de Trabalho em Enfermagem. *Diálogos & Ciência – Revista Eletrônica da Faculdade de Tecnologia e Ciências*, 8, 1-11.
  
- Silva, E. (1997). A supervisão do trabalho de enfermagem em saúde pública no nível local. Tese de doutoramento. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Retirado a 20 de Janeiro, 2009, da base de dados Scielo.
  
- Simpson, P.; Tarrant, M. (2006). Development of the Family Nursing Practice Scale. *Journal of Family Nursing*, 12 (4), 412 – 425.
  
- Smith, F. (1995). *Children's nursing in practise: the Nottingham model*. London: Blackwell Science.
  
- Soares, M. (1995). Supervisão e Inovação numa perspectiva construtivista do desenvolvimento. In Alarcão, I. (Ed) *Supervisão de Professores e Inovação Educacional*. Aveiro:CIDInE, pp. 135-147.
  
- Soares, I. (2001). Vinculação e Cuidados Maternos: segurança, protecção e desenvolvimento da regulação emocional no contexto da relação mãe-bebé. In Canavarro, M. (Ed) *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto, pp. 73-104.
  
- Someren, M.; Barnard, Y.; Sandberg, J. (1994). *The thinking aloud method: A practical guide to modelling cognitive processes* (versão electrónica). London: Academic Press.



- Stanhope, M.; Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção de Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Lisboa: Lusociência.
- Sugano, A.; Sigaud, C.; Rezende, M.(2003). A enfermeira e a equipe de enfermagem - segundo mães acompanhantes (versão electrónica). *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 11, 601-607.
- Thomas, L.; McColl, E.; Priest, J.; Bond, S.; Boys, R. (1996). Newcastle satisfaction with nursing scales: an instrument for quality assessments of nursing care. *Quality in Health Care*, 5:67-72.
- Vidigal, V.; Pires, A.; Matos, R. (2001). Prematuridade e comportamento maternal. In Pires, A. (Ed.). *Crianças (e pais) em risco*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. pp. 233 – 251.
- Winton, P.; Crais, E. (2003). Caminhar em direcção a uma abordagem centrada na família. In McWilliam, P.; Winton, P.; Crais, E. (Eds) *Estratégias Práticas para a Intervenção Precoce centrada na Família*. Porto: Porto Editora, pp.171 – 205.
- Wong, D. (1999). *Enfermagem Pediátrica – Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

## **ANEXOS**

**Anexo 1 - Questionário de Auto-avaliação de Competências Parentais nos Cuidados ao RN de Risco e de Satisfação com os Cuidados de Enfermagem**



## UNIVERSIDADE DE AVEIRO

### QUESTIONÁRIO DE AUTO- AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PARENTAIS NOS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO DE RISCO E DE SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Caro (a) pai/mãe:

Sou enfermeira e exerço funções numa Unidade de Cuidados Intermédios de Neonatologia. Estou a realizar um Mestrado em Supervisão na Universidade de Aveiro e, neste contexto, estou a desenvolver um estudo de investigação subordinado ao tema: “Supervisão em Enfermagem Neonatal: Pais e Enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências”. O objectivo geral é relacionar a prática de enfermagem e a avaliação dos enfermeiros acerca das competências dos pais nos cuidados ao recém-nascido, com a auto-avaliação dos pais e com a sua satisfação com os cuidados de enfermagem.

Por este motivo solicito a sua colaboração, fundamental para o sucesso desta investigação, que poderá contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados nas Unidades de Cuidados Intensivos/Intermédios de Neonatologia.

Este questionário destina-se a ser preenchido pela pessoa responsável pela maior parte dos cuidados ao recém-nascido, seja a mãe ou o pai, próximo da alta clínica para o domicílio. Não existem respostas certas ou erradas, interessando-nos apenas a sua opinião sincera.

Este questionário é anónimo, pelo que será salvaguardada a sua confidencialidade. O seu nome não irá constar no questionário, nem na base de dados elaborada, sendo substituído por um número de código.

Muito obrigada pela sua ajuda e tempo disponibilizado.

Sandra Rodrigues

#### **Consentimento Informado**

Pelo presente, consinto que os dados deste questionário sejam utilizados exclusivamente para este estudo de investigação e de forma confidencial. Compreendo a finalidade do estudo e que sou livre de não participar, não sendo por isso prejudicado(a) em nenhum aspecto.

Assinatura do pai/mãe:

Data:



### PARTE III – ESCALA DE SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM \*

Estas questões são acerca dos cuidados de enfermagem que recebeu durante o internamento do seu filho recém-nascido neste serviço/unidade.

#### SECÇÃO 1: AS SUAS EXPERIÊNCIAS COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Por favor assinale com um círculo uma resposta para cada questão. Use para o efeito a seguinte escala:

Discordo completamente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo completamente
1	2	3	4	5	6	7

1. Foi fácil dar uma risada com os enfermeiros.	1	2	3	4	5	6	7
2. Os enfermeiros favoreceram alguns utentes em detrimento de outros.	1	2	3	4	5	6	7
3. Os enfermeiros não me disseram o suficiente sobre o tratamento.	1	2	3	4	5	6	7
4. Os enfermeiros eram demasiado descontraídos e relaxados.	1	2	3	4	5	6	7
5. Os enfermeiros demoravam muito tempo a chegar quando eram chamados.	1	2	3	4	5	6	7
6. Os enfermeiros deram-me informação justamente quando eu precisei.	1	2	3	4	5	6	7
7. Os enfermeiros não pareciam saber o que eu estava a passar.	1	2	3	4	5	6	7
8. Os enfermeiros apagavam as luzes muito tarde à noite.	1	2	3	4	5	6	7
9. Os enfermeiros forçaram-me a fazer coisas antes de eu estar preparado.	1	2	3	4	5	6	7
10. Não importava o quanto os enfermeiros estivessem ocupados, eles arranjavam tempo para mim.	1	2	3	4	5	6	7
11. Eu vi os enfermeiros como amigos.	1	2	3	4	5	6	7
12. Os enfermeiros gastavam tempo a confortar os utentes que estavam aborrecidos.	1	2	3	4	5	6	7
13. Os enfermeiros verificavam regularmente para se certificarem de que eu estava bem.	1	2	3	4	5	6	7
14. Os enfermeiros deixavam as coisas acumularem-se.	1	2	3	4	5	6	7
15. Os enfermeiros não tinham interesse em mim como pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
16. Os enfermeiros explicaram o que se passava.	1	2	3	4	5	6	7
17. Os enfermeiros explicavam o que iam fazer antes dos procedimentos.	1	2	3	4	5	6	7
18. Os enfermeiros disseram ao turno seguinte o que estava a acontecer com os cuidados.	1	2	3	4	5	6	7
19. Os enfermeiros sabiam o que fazer sem depender dos médicos.	1	2	3	4	5	6	7
20. Os enfermeiros costumavam ir embora e esquecer o que os utentes tinham pedido.	1	2	3	4	5	6	7
21. Os enfermeiros asseguravam que os utentes tinham privacidade quando precisavam.	1	2	3	4	5	6	7
22. Os enfermeiros tinham tempo para se sentarem e falarem comigo.	1	2	3	4	5	6	7
23. Médicos e enfermeiros trabalhavam bem juntos como uma equipa.	1	2	3	4	5	6	7
24. Os enfermeiros não pareciam saber o que cada um estava a fazer.	1	2	3	4	5	6	7
25. Os enfermeiros sabiam o que era melhor fazer.	1	2	3	4	5	6	7
26. Havia uma atmosfera alegre no serviço, graças aos enfermeiros.	1	2	3	4	5	6	7

\* Tradução e adaptação da Newcastle Satisfaction with Nursing Scales (McColl, Bond e Thomas, 1996) realizada por Sandra Rodrigues, Anabela Pereira e Isabel Santos em 2009, com autorização dos autores para fins exclusivos de investigação. Reprodução proibida sem autorização.

## SECÇÃO 2: AS SUAS OPINIÕES ACERCA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Pensando acerca da sua estadia neste serviço, por favor responda como se sentiu acerca destes aspectos, assinalando com um círculo a resposta mais indicada. Para o efeito use a escala seguinte:

Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Bastante Satisfeito	Muito satisfeito	Completamente satisfeito
1	2	3	4	5

1	A quantidade de tempo que os enfermeiros gastaram consigo	1	2	3	4	5
2	Quão capazes eram os enfermeiros no seu trabalho	1	2	3	4	5
3	Havia sempre um enfermeiro por perto se precisasse de um	1	2	3	4	5
4	A quantidade de enfermeiros que sabia acerca dos cuidados	1	2	3	4	5
5	Quão rápido vinham os enfermeiros quando chamava por eles	1	2	3	4	5
6	A maneira como os enfermeiros o fizeram sentir-se em casa	1	2	3	4	5
7	A quantidade de informação que os enfermeiros lhe deram acerca da situação e tratamento	1	2	3	4	5
8	Quão frequentemente os enfermeiros verificavam se estava bem	1	2	3	4	5
9	A ajuda dos enfermeiros	1	2	3	4	5
10	A maneira como os enfermeiros lhe explicavam as coisas	1	2	3	4	5
11	Como os enfermeiros ajudaram a descansar os seus familiares e amigos	1	2	3	4	5
12	A maneira dos enfermeiros encararem o seu trabalho	1	2	3	4	5
13	O tipo de informação que os enfermeiros lhe davam acerca da situação ou tratamento	1	2	3	4	5
14	A forma dos enfermeiros o tratarem enquanto indivíduo	1	2	3	4	5
15	Como os enfermeiros ouviam as suas preocupações e problemas	1	2	3	4	5
16	O total de liberdade que lhe era dada no serviço	1	2	3	4	5
17	A vontade dos enfermeiros responderem aos seus pedidos	1	2	3	4	5
18	O total de privacidade que os enfermeiros lhe davam	1	2	3	4	5
19	A consciência dos enfermeiros acerca das suas necessidades	1	2	3	4	5

## SECÇÃO 3

1. Havia um enfermeiro encarregue dos cuidados de cada utente neste serviço?

Sim  Não  Não tenho a certeza

2. Como pontuava os **cuidados de enfermagem** que recebeu neste serviço?

Terríveis	Muito fracos	Fracos	Adequados	Bons	Muito bons	Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

3. Na globalidade, como pontuava a sua recente estadia neste serviço?

Terrível	Muito fraca	Fraca	Adequada	Boa	Muito boa	Excelente
1	2	3	4	5	6	7

4. Existem algumas maneiras em que os cuidados de enfermagem pudessem ser melhorados durante a sua estadia actual neste hospital? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

5. Existem outros comentários que gostasse de fazer? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Data de hoje      \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

## **Anexo 2 - Newcastle Satisfaction with Nursing Scale**



1   ward  
3  hospital  
4    patient  
7  time

**CONFIDENTIAL**

## **YOUR VIEWS OF NURSING CARE**

### **ABOUT THESE QUESTIONS**

**These questions are about the nursing care you received during your stay in hospital. They ask about the care given to you by nurses and about your views of that care. Finally, they ask some questions about yourself.**

**We would like you to think carefully about each question and to answer it as honestly as you can. Don't spend too long on any question. Your first reaction will probably be better than a long thought-out answer. If you are unsure about how to reply to any question, please give the best answer you can and write your comments beside the question.**

**Your name and address does not appear anywhere on this booklet. The information that you give will not be used in any way that could identify you personally.**

## SECTION 1: YOUR EXPERIENCES OF NURSING CARE (EXAMPLE)

The first set of questions, starting on the next page, ask about your experiences of nursing based on your stay in this ward. The questions consist of a statement followed by seven possible responses. To answer the questions, please circle the number which best describes your experience. On the rest of this page we give two examples of how to answer the questions.

### Example 1

If the nurses were always very quiet during the night, you would answer the question by circling number 7 - that means 'Agree completely'. Your answer would look like this.

Nurses were very quiet during the night

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

### Example 2

If nurses were not smartly dressed, you could answer the question by circling number 6 - that means 'Agree a lot'. Your answer would look like this.

Nurses were not smartly dressed

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

If nurses were always smartly dressed, you could answer the question by circling number 1 - that means 'Disagree completely'. Your answer would look like this.

Nurses were not smartly dressed

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

If you are unsure about how to reply to any question, please give the best answer you can and write your comments beside the question.

Please circle **one** response for **each** question

**SECTION 1: YOUR EXPERIENCES OF NURSING CARE**

Please circle **one** response for **each** question

**1. It was easy to have a laugh with the nurses.**

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

**2. Nurses favoured some patients over others.**

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

**3. Nurses did not tell me enough about my treatment.**

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

**4. Nurses were too easy going and laid back.**

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

**5. Nurses took a long time to come when they were called.**

Agree completely	Agree a lot	Agree a little	Neither agree nor disagree	Disagree a little	Disagree a lot	Disagree completely
1	2	3	4	5	6	7

**6. Nurses gave me information just when I needed it.**

Please circle **one** response for **each** question

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

**7. Nurses did not seem to know what I was going through.**

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

**8. Nurses turned the lights off too late at night.**

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

**9. Nurses made me do things before I was ready.**

Agree completely	Agree a lot	Agree a little	Neither agree nor disagree	Disagree a little	Disagree a lot	Disagree completely
1	2	3	4	5	6	7

**10. No matter how busy nurses were, they made time for me.**

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

**11. I saw the nurses as friends.**

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

**12. Nurses spent time comforting patients who were upset.**

Please circle **one** response for **each** question

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

**13. Nurses checked regularly to make sure I was okay.**

Agree completely	Agree a lot	Agree a little	Neither agree nor disagree	Disagree a little	Disagree a lot	Disagree completely
1	2	3	4	5	6	7

**14. Nurses let things get on top of them.**

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

**15. Nurses took no interest in me as a person.**

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

**16. Nurses explained what was wrong with me.**

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

**17. Nurses explained what they were going to do to me before they did it.**

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

**18. Nurses told the next shift what was happening with my care.**

Please circle **one** response for **each** question

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

**19. Nurses knew what to do without relying on doctors.**

Agree completely	Agree a lot	Agree a little	Neither agree nor disagree	Disagree a little	Disagree a lot	Disagree completely
1	2	3	4	5	6	7

**20. Nurses used to go away and forget what patients had asked for.**

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

**21. Nurses made sure that patients had privacy when they needed it.**

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

**22. Nurses had time to sit and talk to me.**

Agree completely	Agree a lot	Agree a little	Neither agree nor disagree	Disagree a little	Disagree a lot	Disagree completely
1	2	3	4	5	6	7

**23. Doctors and nurses worked well together as a team.**

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

Please circle **one** response for **each** question

**24. Nurses did not seem to know what each other was doing.**

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

**25. Nurses knew what to do for the best.**

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

**26. There was a happy atmosphere in the ward, thanks to the nurses.**

Disagree completely	Disagree a lot	Disagree a little	Neither agree nor disagree	Agree a little	Agree a lot	Agree completely
1	2	3	4	5	6	7

## SECTION 2: YOUR OPINIONS OF NURSING CARE

### HOW TO ANSWER THESE QUESTIONS

**In this section, we ask your opinions of the nursing care you received during your stay on the ward. For each question, please circle one number which best describes your view.**

Thinking about your stay on the ward, how did you feel about:

		Not at all satisfied	Barely satisfied	Quite satisfied	Very satisfied	Completely satisfied
1	The amount of time nurses spent with you	1	2	3	4	5
2	How capable nurses were at their job	1	2	3	4	5
3	There always being a nurse around if you needed one	1	2	3	4	5
4	The amount nurses knew about your care	1	2	3	4	5
5	How quickly nurses came when you called for them	1	2	3	4	5
6	The way the nurses made you feel at home	1	2	3	4	5
7	The amount of information nurses gave to you about your condition and treatment	1	2	3	4	5
8	How often nurses checked to see if you were okay	1	2	3	4	5
9	Nurses' helpfulness	1	2	3	4	5
10	The way nurses explained things to you	1	2	3	4	5
11	How nurses helped put your relatives' or friends' minds at rest	1	2	3	4	5
12	Nurses' manner in going about their work	1	2	3	4	5
13	The type of information nurses gave to you about your condition and treatment	1	2	3	4	5
14	Nurses' treatment of you as an individual	1	2	3	4	5
15	How nurses listened to your worries and concerns	1	2	3	4	5
16	The amount of freedom you were given on the ward	1	2	3	4	5
17	How willing nurses were to respond to your requests	1	2	3	4	5
18	The amount of privacy nurses gave you	1	2	3	4	5
19	Nurses' awareness of your needs	1	2	3	4	5



### SECTION 3: QUESTIONS ABOUT YOURSELF

**These questions are about you. To help us understand your answers to the other sets of questions, we need some information about the kind of person you are. If you are unsure about how to reply to any question, please give the best answer you can and write your comments beside the question.**

1. Please indicate whether you are:

Please circle **one** number

Male	1
Female	2

2. How old are you?

Please **write your age in years** at your last birthday **on the dashes below**.

Age in years      \_\_\_ \_\_\_

3. We would like to know a little about your education.

Please circle **one** number

Are you still in full time education?	Yes	1
	No	2

At what age did you leave full-time education?

Please **write age on the dashes below**

Age on leaving full time education      \_\_\_ \_\_\_

4. Including last night, how many nights did you spend in **this ward on this occasion?**

Please **write the number** of nights **on the dashes below**

Number of nights      \_\_\_    \_\_\_

5. Was there one particular nurse in charge of your care in this ward?

Please circle **one** number only

Yes	1
No	2
Not sure	3

6. How would you rate the **nursing care** you received in this ward?

Dreadful	Very poor	Poor	Fair	Good	Very good	Excellent
1	2	3	4	5	6	7

7. **Overall** how would you rate **your recent stay** in this ward?

Dreadful	Very poor	Poor	Fair	Good	Very good	Excellent
1	2	3	4	5	6	7

8. Are there any ways in which the **nursing care** could have been improved during your current stay in hospital?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

9. Are there any other comments you would like to make?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**PLEASE TURN TO NEXT PAGE**

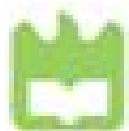
Today's date

day	month	year
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**THANK YOU FOR YOUR KIND ASSISTANCE**

**Please put your completed questionnaire in the envelope provided and seal it. Please put the envelope in the box situated at the Nurses' Station. All information will be treated with the strictest of confidence.**

**Anexo 3 - Questionário de Avaliação das Competências Parentais nos Cuidados ao RN de Risco**



**UNIVERSIDADE DE AVEIRO**

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PARENTAIS NOS CUIDADOS  
AO RECÉM-NASCIDO DE RISCO**

Caro (a) colega:

Sou enfermeira e exerço funções na Unidade de Cuidados Intermédios de Neonatologia do Hospital Infante D. Pedro. Estou a realizar um Mestrado em Supervisão na Universidade de Aveiro e, neste contexto, estou a desenvolver um estudo de investigação subordinado ao tema: “Supervisão em Enfermagem Neonatal: Pais e Enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências”. O objectivo geral é relacionar a prática de enfermagem familiar e a avaliação dos enfermeiros acerca das competências parentais nos cuidados ao recém-nascido, com a auto-avaliação de competências parentais nestes cuidados e com a satisfação dos pais com os cuidados de enfermagem.

Por este motivo solicito a sua colaboração, fundamental para o sucesso desta investigação, que poderá contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados nas Unidades de Cuidados Intensivos/Intermédios de Neonatologia.

Este questionário destina-se a ser preenchido por um dos enfermeiros responsáveis pela prestação de cuidados à díade mãe/pai – recém-nascido de risco, próximo da alta para o domicílio.

Este questionário é anónimo, pelo que será salvaguardada a sua confidencialidade. O seu nome não irá constar no questionário, nem na base de dados elaborada, sendo substituído por um número de código. Não existem respostas certas ou erradas, interessando-nos apenas a sua opinião sincera.

Muito obrigada pela sua ajuda e tempo disponibilizado.

Sandra Rodrigues

**Consentimento Informado**

Pelo presente, consinto que os dados deste questionário sejam utilizados exclusivamente para este estudo de investigação e de forma confidencial. Compreendo a finalidade deste estudo e que sou livre de não participar, não sendo por isso prejudicado(a) em nenhum aspecto.

Assinatura do enfermeiro(a):

Data:

**Por favor, anexe este questionário ao preenchido pelo progenitor.**



## **Anexo 4 - Questionário da Prática de Enfermagem Familiar**



**UNIVERSIDADE DE AVEIRO**  
**QUESTIONÁRIO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM FAMILIAR**

Caro (a) colega:

Sou enfermeira e exerço funções na Unidade de Cuidados Intermédios de Neonatologia do Hospital Infante D. Pedro. Estou a realizar um Mestrado em Supervisão na Universidade de Aveiro e, neste contexto, desenvolvo um estudo de investigação subordinado ao tema: “Supervisão em Enfermagem Neonatal: Pais e Enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências”. O objectivo geral é relacionar a prática de enfermagem familiar e a avaliação dos enfermeiros acerca das competências parentais nos cuidados ao recém-nascido, com a auto-avaliação de competências parentais nestes cuidados e com a satisfação dos pais com os cuidados de enfermagem.

Por este motivo solicito a sua colaboração, fundamental para o sucesso desta investigação.

Este questionário é anónimo, pelo que será salvaguardada a sua confidencialidade. O seu nome não irá constar no questionário, nem na base de dados elaborada, sendo substituído por um número de código. Não existem respostas certas ou erradas, interessando-nos apenas a sua opinião sincera.

Muito obrigada pela sua ajuda e tempo disponibilizado.

Sandra Rodrigues

**Consentimento Informado**

Pelo presente, consinto que os dados deste questionário sejam utilizados exclusivamente para este estudo de investigação e de forma confidencial. Compreendo a finalidade deste estudo e que sou livre de não participar, não sendo por isso prejudicado(a) em nenhum aspecto.

Assinatura do enfermeiro(a):

Data:

---

**PARTE I – CARACTERIZAÇÃO DO ENFERMEIRO**

Por favor, preencha os espaços correspondentes ou assinale uma cruz (X) na resposta indicada.

**Habilitações literárias:** \_\_\_\_\_

**Categoria profissional:** Enfermeiro  Enfermeiro graduado  Enfermeiro especialista

**Tempo de serviço como enfermeiro:** \_\_\_\_\_ anos **Tempo de serviço como enfermeiro de Neonatologia:** \_\_\_\_\_ anos

**Método de trabalho:** Método individual ou de cuidados globais  Método do enfermeiro responsável

Outro: \_\_\_\_\_

**PARTE II - ESCALA DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM FAMILIAR\***

Por favor, indique numa escala de 1 a 5 o que melhor reflecte as suas opiniões relativamente ao seu trabalho com as famílias. Por favor, faça um círculo no número mais apropriado.

- |    |   |      |   |   |   |   |   |       |
|----|---|------|---|---|---|---|---|-------|
| 1. | O meu nível de confiança em trabalhar com famílias é  | Alto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Baixo |
| 2. | O meu nível de satisfação com a enfermagem familiar é | Alto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Baixo |



3.	O meu nível de conhecimento sobre a enfermagem familiar é	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
4.	A minha capacidade em trabalhar com o sistema familiar é	Alta	1	2	3	4	5	Baixa
5.	Eu sinto-me confortável em iniciar o envolvimento da família no planeamento dos cuidados de enfermagem.	Muito	1	2	3	4	5	Pouco
6.	Eu planeio as intervenções de enfermagem consultando o utente e a família.	Sempre	1	2	3	4	5	Nunca
7.	As famílias abordam-me sempre acerca do seu familiar doente.	Concordo	1	2	3	4	5	Discordo
8.	Eu promovo a participação, a escolha e o controlo do utente/família na identificação das necessidades de cuidados de saúde.	Sempre	1	2	3	4	5	Nunca
9.	O meu envolvimento com as famílias é maioritariamente gratificante.	Concordo	1	2	3	4	5	Discordo
10.	Eu evito interferências dos meus próprios juízos de valor quando colho, interpreto e comunico informações acerca dos utentes e famílias.	Sempre	1	2	3	4	5	Nunca

Por favor comente as seguintes questões:

11. Que problemas ou inconvenientes existem na sua prática de enfermagem por envolver a família na avaliação e no planeamento de cuidados? \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---

12. Que vantagens, se houver algumas, existem para a sua prática de enfermagem por envolver a família na avaliação e no planeamento de cuidados? \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---

13. O que fez na semana passada para envolver as famílias na sua prática de enfermagem actual? \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---

\* Tradução e adaptação da Family Nursing Practice Scale (Simpson e Tarrant, 2006) realizada por Sandra Rodrigues, Anabela Pereira e Isabel Santos em 2008, com autorização das autoras para fins exclusivos de investigação. Reprodução proibida sem autorização.

## **Anexo 5 - Family Nursing Practice Scale**

## Family Nursing Practice Scale

Please indicate on a scale of 1 to 5 which best reflects your feelings toward your work with families. Please CIRCLE the most appropriate number.

1.	My confidence level in working with families is	High	1	2	3	4	5	Low
2.	My level of satisfaction with family nursing is	High	1	2	3	4	5	Low
3.	My knowledge level of family system nursing is	High	1	2	3	4	5	Low
4.	My skill in working with the family system is	High	1	2	3	4	5	Low
5.	I feel comfortable in initiating family involvement in nursing care planning	High	1	2	3	4	5	Little
6.	I plan nursing interventions in consultation with the patient and family.	High	1	2	3	4	5	Never
7.	Families always approach me about their ill relative.	High	1	2	3	4	5	Disagree
8.	I promote patient/family participation, choice and control in meeting health care needs.	High	1	2	3	4	5	Never
9.	My involvement with families is mostly rewarding.	High	1	2	3	4	5	Disagree
10.	I avoid interference of my own biases when collecting, interpreting and communicating data about patients and families.	High	1	2	3	4	5	Never

Please comment on the following questions:

11. What problems or drawbacks are there in your nursing practice by involving the family in assessment and care planning?

12. What advantages, if any, are there for your nursing practice by involving the family in assessment and care planning?

13. What have you done in the past week in your current nursing practice?

Please comment.

## **Anexo 6 - Autorização dos autores da Family Nursing Practice Scale**

RE: Family Nursing Practice Scale

De: Simpson, Peggy (Peggy.Simpson@nursing.ubc.ca)

Enviada: terça-feira, 18 de novembro de 2008 0:57:34

Para: Sandra Rodrigues (spfrodrigues@hotmail.com); tarrantm@hku.hk

Cc: prof isabel santos (isabel.santos@ua.pt); prof. anabela (anabelapereira@ua.pt)

Hi Sandra,

Thank you for your message. Dr. Tarrant and I are quite happy for you to translate The Family Nursing Practice Scale to the Portuguese language and use it for research purposes.

The support bibliography can be found in the reference list at the end of the article published in The Journal of Family Nursing. The PDF file is attached above for your reference. The Streiner text and SSPX Manual are particularly useful.

If you are using the instrument for your master's student project then doing a full translation to Portuguese and a back translation to English should be fine. Then reassess internal reliability once you administer the instrument. Your supervisors can advise you on this aspect.

Thank you for your plans to update us with your research project. We appreciate that very much. I would also be very interested in receiving the Portuguese version of the instrument when you have it ready. Thank you for providing us with ongoing feedback regarding the results of your research.

I'm wondering how we shall be acknowledged in your publications and presentations?

Best Wishes on your research project.

Sincerely,

Peggy Simpson RN, PhD.

**Anexo 7 - Autorização dos autores da Newcastle Satisfaction with Nursing Scales**

Newcastle Satisfaction with Nursing Scale

De: Elaine McColl (e.mccoll@newcastle.ac.uk)

Enviada: segunda-feira, 17 de novembro de 2008 11:18:32

Para: 'spfrodrigues@hotmail.com' ([spfrodrigues@hotmail.com](mailto:spfrodrigues@hotmail.com))

Cc: pedrof@fe.uc.pt ([pedrof@fe.uc.pt](mailto:pedrof@fe.uc.pt)); Cath Brennand ([cath.brennand@newcastle.ac.uk](mailto:cath.brennand@newcastle.ac.uk))

Many thanks for your enquiry about the NSNS.

I am pleased to attach a copy of English language version of the NSNS questionnaire and scoring instructions, and also details of relevant publications

If you do decide to go ahead with the use of the instrument, I am pleased to grant permission for you to use the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale in your work and publications. I would ask, however, that you include an acknowledgement of the NSNS team at the end of any reports or papers. A form of words like 'We would like to thank the NSNS team at the University of Newcastle for their permission to use the NSNS questionnaire in this study' would be adequate. I would also be grateful if you could supply me with details of any reports or publications on your use of the NSNS in due course.

You should be aware that a translation of the NSNS to Portuguese has already been made by Professor Pedro Ferreira and colleagues of the University of Coimbra. Professor Ferreira is willing to share that version with other Portuguese researchers, to avoid 'reinventing the wheel'. As you will see, I have copied him into this response so that you can communicate directly with one another. This may save you quite a bit of work.

Just one other point - the NSNS was designed and validated for use in respect of experiences of and satisfaction with nursing care in acute hospital settings. It is important to be aware that it is intended for patients who have had at least one night of inpatient care in an acute hospital. You'd need to ensure that the questions are relevant to the context in which you plan to use it!

I wish you the best of luck with your research

Elaine

Professor Elaine McColl

Director, Newcastle Clinical Trials Unit

Institute of Health and Society  
University of Newcastle upon Tyne  
21 Claremont Place  
Newcastle upon Tyne  
NE2 4AA  
United Kingdom  
Phone: +44 (0)191 222 7260  
Fax: +44 (0)191 222 60

**Anexo 8 – Tradução da Family Nursing Practice Scale para língua portuguesa**



## Escala da Prática de Enfermagem Familiar

Por favor indique numa escala de 1 a 5 o que melhor reflecte as suas opiniões relativamente ao seu trabalho com as famílias. Por favor, faça um círculo no número mais apropriado.

1.	O meu nível de confiança em trabalhar com famílias é	Elevado	1	2	3	4	5	Reduzido
2.	O meu nível de satisfação com a enfermagem familiar é	Elevado	1	2	3	4	5	Reduzido
3.	O meu nível de conhecimento sobre a enfermagem familiar é	Elevado	1	2	3	4	5	Reduzido
4.	A minha capacidade em trabalhar com o sistema familiar é	Elevado	1	2	3	4	5	Reduzido
5.	Eu sinto-me confortável em iniciar o envolvimento da família no planeamento dos cuidados de enfermagem	Elevado	1	2	3	4	5	Reduzido
6.	Eu planeio as intervenções de enfermagem com o acordo do utente e família.	Elevado	1	2	3	4	5	Nunca
7.	As famílias abordam-me sempre acerca do seu familiar doente.	Elevado	1	2	3	4	5	Discordo
8.	Eu promovo a participação, a escolha e o controlo do utente/família na identificação das necessidades de cuidados de saúde.	Elevado	1	2	3	4	5	Nunca
9.	O meu envolvimento com as famílias é maioritariamente gratificante.	Elevado	1	2	3	4	5	Discordo
10.	Eu evito interferências dos meus próprios juízos de valor quando colho, interpreto e comunico informações acerca dos utentes e famílias.	Elevado	1	2	3	4	5	Nunca

Por favor comente as seguintes questões:

11. Que problemas ou desvantagens existem na sua prática de enfermagem por envolver a família na avaliação e planeamento de cuidados?

12. Que vantagens existem para a sua prática de enfermagem por envolver a família na avaliação e planeamento de cuidados?

13. O que fez na semana passada para envolver as famílias na sua prática de enfermagem corrente?

Por favor comente.

**Anexo 9 - Tradução da Newcastle Satisfaction with Nursing Scales para  
língua portuguesa**

**CONFIDENCIAL**

## **AS SUAS OPINIÕES ACERCA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

ACERCA DESTAS QUESTÕES

Estas questões são acerca dos cuidados de enfermagem que recebeu durante a sua estadia no hospital. Questionam acerca dos cuidados prestados a si pelas enfermeiras e acerca das suas opiniões sobre esses cuidados. Finalmente, colocam algumas questões acerca de si mesmo.

Gostaríamos que pensasse cuidadosamente acerca de cada questão e que respondesse tão honestamente quanto consiga. Não se prolongue muito em cada questão. A sua primeira reacção provavelmente será melhor de que uma resposta longamente planeada. Se estiver inseguro acerca de como responder a alguma questão, por favor dê a melhor resposta que consiga e escreva os seus comentários junto à questão.

Os seus nome e morada não aparecem em nenhum sítio deste questionário. A informação que fornecer não será usada em nenhuma forma que possa identificá-lo directamente.

## SECÇÃO 1: AS SUAS EXPERIÊNCIAS COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM (EXEMPLO)

O primeiro conjunto de questões, que começa na próxima página, questiona acerca das suas experiências com a enfermagem baseadas na sua estadia neste serviço. As questões consistem numa frase seguida de sete respostas possíveis. Para responder às questões, por favor faça um círculo no número que melhor descreve a sua experiência. Nesta página damos dois exemplos de como responder às questões.

### Exemplo 1

Se os enfermeiros estavam muito calmos durante a noite, responderia à questão colocando um círculo no número 7- que significa “Concordo completamente”. A sua resposta iria parecer assim.

Os enfermeiros estavam muito calmos durante a noite

Discordo completamente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo completamente
1	2	3	4	5	6	7

### Exemplo 2

Se os enfermeiros não estivessem vestidos apropriadamente, poderia responder a questão colocando um círculo no número 7 – que significa “Concordo muito”. A sua resposta iria parecer assim.

Os enfermeiros não estavam vestidos apropriadamente

Discordo completamente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo completamente
1	2	3	4	5	6	7

Se os enfermeiros estivessem sempre vestidos apropriadamente, poderia responder a questão colocando um círculo no número 1 – que significa “Discordo completamente”. A sua resposta iria parecer assim.

Os enfermeiros não estavam vestidos apropriadamente

Discordo completamente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo completamente
1	2	3	4	5	6	7

Se estiver inseguro acerca de como responder a alguma questão, por favor dê a melhor resposta que consiga e escreva os seus comentários junto à questão.

**POR FAVOR VIRE PARA A QUESTÃO 1**

## SECÇÃO 1: AS SUAS EXPERIÊNCIAS COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Por favor assinale com um círculo **uma** resposta para **cada** questão

**1. Foi fácil dar uma risada com os enfermeiros.**

Discordo completamente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo completamente
1	2	3	4	5	6	7

**2. Os enfermeiros favoreceram alguns utentes em detrimento de outros.**

Discordo completamente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo completamente
1	2	3	4	5	6	7

**3. Os enfermeiros não me disseram o suficiente sobre o tratamento.**

Discordo completamente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo completamente
1	2	3	4	5	6	7

**4. Os enfermeiros eram demasiado descontraídos e relaxados.**

Discordo completamente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo completamente
1	2	3	4	5	6	7

**5. Os enfermeiros demoravam muito tempo a chegar quando eram chamados.**

Concordo completamente	Concordo muito	Concordo um pouco	Não concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo muito	Discordo completamente
1	2	3	4	5	6	7

**6. Os enfermeiros deram-me informação justamente quando eu precisei.**

Discordo completamente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo completamente
1	2	3	4	5	6	7

**POR FAVOR VIRE PARA A QUESTÃO 7**

Por favor assinale com um círculo **uma** resposta para **cada** questão

**7. Os enfermeiros não pareciam saber o que eu estava a passar.**

Discordo completamente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo completamente
1	2	3	4	5	6	7

**8. Os enfermeiros apagavam as luzes muito tarde à noite.**

Discordo completamente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo completamente
1	2	3	4	5	6	7

**9. Os enfermeiros forçaram-me a fazer coisas antes de eu estar preparado.**

Concordo completamente	Concordo muito	Concordo um pouco	Não concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo muito	Discordo completamente
1	2	3	4	5	6	7

**10. Não importava o quanto os enfermeiros estivessem ocupados, eles arranjavam tempo para mim.**

Discordo completamente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo completamente
1	2	3	4	5	6	7

**11. Eu vi os enfermeiros como amigos.**

Discordo completamente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo completamente
1	2	3	4	5	6	7

**12. Os enfermeiros gastavam tempo a confortar os utentes que estavam aborrecidos.**

Discordo completamente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo completamente
1	2	3	4	5	6	7

**13. Os enfermeiros verificavam regularmente para se certificarem de que eu estava bem.**

Concordo completamente	Concordo muito	Concordo um pouco	Não concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo muito	Discordo completamente
1	2	3	4	5	6	7

Por favor assinale com um círculo **uma** resposta para **cada** questão

**14. Os enfermeiros deixavam as coisas acumularem-se.**

Discordo completamente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo completamente
1	2	3	4	5	6	7

**15. Os enfermeiros não tinham interesse em mim como pessoa.**

Discordo completamente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo completamente
1	2	3	4	5	6	7

**16. Os enfermeiros explicaram o que se passava.**

Discordo completamente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo completamente
1	2	3	4	5	6	7

**17. Os enfermeiros explicavam o que iam fazer antes dos procedimentos.**

Discordo completamente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo completamente
1	2	3	4	5	6	7

**18. Os enfermeiros disseram ao turno seguinte o que estava a acontecer com os cuidados.**

Discordo completamente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo completamente
1	2	3	4	5	6	7

**19. Os enfermeiros sabiam o que fazer sem depender dos médicos.**

Concordo completamente	Concordo muito	Concordo um pouco	Não concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo muito	Discordo completamente
1	2	3	4	5	6	7

**POR FAVOR VIRE PARA A QUESTÃO 20**

Por favor assinale com um círculo **uma** resposta para **cada** questão

**20. Os enfermeiros costumavam ir embora e esquecer o que os utentes tinham pedido.**

Discordo completamente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo completamente
1	2	3	4	5	6	7

**21. Os enfermeiros asseguravam que os utentes tinham privacidade quando precisavam.**

Discordo completamente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo completamente
1	2	3	4	5	6	7

**22. Os enfermeiros tinham tempo para se sentarem e falarem comigo.**

Concordo completamente	Concordo muito	Concordo um pouco	Não concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo muito	Discordo completamente
1	2	3	4	5	6	7

**23. Médicos e enfermeiros trabalhavam bem juntos como uma equipa.**

Discordo completamente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo completamente
1	2	3	4	5	6	7

**24. Os enfermeiros não pareciam saber o que cada um estava a fazer.**

Discordo completamente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo completamente
1	2	3	4	5	6	7

**25. Os enfermeiros sabiam o que era melhor fazer.**

Discordo completamente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo completamente
1	2	3	4	5	6	7

**26. Havia uma atmosfera alegre no serviço, graças aos enfermeiros.**

Discordo completamente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo completamente
1	2	3	4	5	6	7



## SECÇÃO 2: AS SUAS OPINIÕES ACERCA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

### COMO RESPONDER A ESTAS QUESTÕES

Nesta secção, questionamos as suas opiniões acerca dos cuidados de enfermagem que recebeu durante a sua estadia neste serviço. Para cada questão, por favor faça um círculo no número que melhor descreve a sua opinião.

Pensando acerca da sua estadia neste serviço, como se sentiu acerca de:

		Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Bastante satisfeito	Muito satisfeito	Completamente satisfeito
1	A quantidade de tempo que os enfermeiros gastaram consigo	1	2	3	4	5
2	Quão capazes eram os enfermeiros no seu trabalho	1	2	3	4	5
3	Havia sempre um enfermeiro por perto se precisasse de um	1	2	3	4	5
4	A quantidade de enfermeiros que sabia acerca dos cuidados	1	2	3	4	5
5	Quão rápido vinham os enfermeiros quando chamava por eles	1	2	3	4	5
6	A maneira como os enfermeiros o fizeram sentir-se em casa	1	2	3	4	5
7	A quantidade de informação que os enfermeiros lhe deram acerca da situação e tratamento	1	2	3	4	5
8	Quão frequentemente os enfermeiros verificavam se estava bem	1	2	3	4	5
9	A ajuda dos enfermeiros	1	2	3	4	5
10	A maneira como os enfermeiros lhe explicavam as coisas	1	2	3	4	5
11	Como os enfermeiros ajudaram a descansar os seus familiares e amigos	1	2	3	4	5
12	A maneira dos enfermeiros encararem o seu trabalho	1	2	3	4	5
13	O tipo de informação que os enfermeiros lhe davam acerca da situação ou tratamento	1	2	3	4	5
14	A forma dos enfermeiros o tratarem enquanto indivíduo	1	2	3	4	5
15	Como os enfermeiros ouviam as suas preocupações e problemas	1	2	3	4	5
16	O total de liberdade que lhe era dada no serviço	1	2	3	4	5
17	A vontade dos enfermeiros responderem aos seus pedidos	1	2	3	4	5
18	O total de privacidade que os enfermeiros lhe davam	1	2	3	4	5
19	A consciência dos enfermeiros acerca das suas necessidades	1	2	3	4	5

**POR FAVOR VIRE PARA A SECÇÃO 3 QUESTÃO 1**

### SECÇÃO 3: QUESTÕES ACERCA DE SI PRÓPRIO

Estas questões são acerca de si. Para nos ajudar a compreender as suas respostas aos outros conjuntos de questões, precisamos de algumas informações acerca de si. Se está inseguro acerca de como responder a alguma questão, por favor dê a melhor resposta que consiga e escreva os seus comentários junto da questão.

1. Por favor indique se é:

Por favor faça um círculo no número	Masculino	1
	Feminino	2

2. Que idade tem?

Por favor escreva a sua idade no espaço em baixo.

Idade \_\_\_\_\_ anos

3. Gostaríamos de saber um pouco acerca da sua educação.

Por favor faça um círculo no número

Ainda está a estudar a tempo inteiro?	Sim	1
	Não	2

Em que idade deixou de estudar a tempo inteiro?

Por favor escreva a idade no espaço em baixo.

Idade em que deixou a educação a tempo inteiro \_\_\_\_\_

4. Incluindo a noite passada, quantas noites passou neste serviço, nesta ocasião?

Por favor escreva o número de noites no espaço em baixo.

Número de noites \_\_\_\_\_

5. Havia um enfermeiro encarregue dos cuidados de cada utente neste serviço?

Por favor faça um círculo em apenas um número

Sim	1
Não	2
Não tenho a certeza	3

6. Como pontuava os **cuidados de enfermagem** que recebeu neste serviço?

Terríveis	Muito fracos	Fracos	Adequados	Bons	Muito bons	Excelentes
1	2	3	4	5	6	7

7. Na globalidade, como pontuava a sua recente estadia neste serviço?

Terrível	Muito fraca	Fraca	Adequada	Boa	Muito boa	Excelente
1	2	3	4	5	6	7

8. Existem algumas maneiras em que os cuidados de enfermagem pudessem ser melhorados durante a sua estadia actual neste hospital?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. Existem outros comentários que gostasse de fazer?

.....

.....

.....

.....

.....

Data de hoje      \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

## **Anexo 10 – Retroversão da Family Nursing Practice Scale**

## Scale on Family Nursing Practice

On a scale from 1 to 5 please choose the one which best reflects your opinion regarding your work with families. Please circle the most appropriate number.

- |     |  |        |   |   |   |   |   |          |
|-----|--|--------|---|---|---|---|---|----------|
| 1.  | My level of confidence in working with families is   | High   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Low      |
| 2.  | My level of satisfaction with family nursing is  | High   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Low      |
| 3.  | My knowledge on family nursing is  | High   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Low      |
| 4.  | My ability at working with the family system is  | High   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Low      |
| 5.  | I feel comfortable in starting the family's involvement in the planning of the nursing care                                | Very   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Little   |
| 6.  | I plan the nursing interventions by listening to the patient and the family.   | Always | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Never    |
| 7.  | Families always approach me about their ailing relative.   | Agree  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Disagree |
| 8.  | I promote the participation, choice and surveillance of the patient/family in the identification of the health care needs. | Always | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Never    |
| 9.  | My involvement with families is mostly gratifying.   | Agree  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Disagree |
| 10. | I avoid interference from my own judgement when I pick, interpret and communicate information about patients and families. | Always | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Never    |

Please comment on the following.

11. What problems or disadvantages are there in your nursing practice as the family is involved in the evaluation and planning of the care?

12. What advantages are there in your nursing practice as the family is involved in the evaluation and planning of the care?

13. What did you do last week in order to involve families in your current nursing practice?

Please comment.

## **Anexo 11 - Retroversão da Newcastle Satisfaction with Nursing Scales**

**CONFIDENTIAL**

## **Your Opinion on Nursing Care**

About these questions

**These questions are about nursing care received over your stay at the hospital. They're questioning you about care taken by nurses and your opinion on that matter. Finally, there are questions about yourself.**

**We would like you to think carefully about each question and to answer as honestly as possible. Don't dwell too much on each question. Your first reaction will probably be better than a long planned answer. If you're unsure about how to answer to a particular question, please give the best answer you can and write down any comments next to the question.**

**Your name and address are kept out of this questionnaire. The information you'll provide will not be used in any way that could directly identify you.**

## SECTION 1: YOUR EXPERIENCES WITH NURSING CARE (EXAMPLE)

The first set of questions, which starts on the next page, is about your experience with nursing based on your stay at this service. Questions consist of a statement followed by seven possible answers. In order to answer the questions, please circle the number that best describes your experience. On this page we're giving you two examples of how to answer the questions.

### Example 1

If nurses were always very calm during the night, you'd answer the question by circling number 7, which means "I totally agree". This is how your answer would look.

#### Nurses were very calm during the night

I totally disagree	I strongly disagree	I disagree a little	I don't agree nor disagree	I agree a little	I very much agree	I totally agree
1	2	3	4	5	6	7

### Example 2

If nurses weren't dressed appropriately, you could answer the question by circling number 6, which means "I very much agree". This is how your answer would look.

#### Nurses weren't dressed appropriately

I totally disagree	I strongly disagree	I disagree a little	I don't agree nor disagree	I agree a little	I very much agree	I totally agree
1	2	3	4	5	6	7

If nurses were always dressed appropriately, you could answer the question by circling number 1, which means "I totally disagree". This is how your answer would look.

#### Nurses weren't dressed appropriately

I totally disagree	I strongly disagree	I disagree a little	I don't agree nor disagree	I agree a little	I very much agree	I totally agree
1	2	3	4	5	6	7

If you're unsure about how to answer a particular question, please give the best answer you can and write down your comments next to the question.

**PLEASE TURN TO QUESTION 1**



## SECTION 1: YOUR EXPERIENCES WITH NURSING CARE

Please circle **one** option / answer for each question.

**1. It was easy to laugh with nurses.**

I totally disagree	I strongly disagree	I disagree a little	I don't agree nor disagree	I agree a little	I very much agree	I totally agree
1	2	3	4	5	6	7

**2. Nurses favoured some patients and disregarded others.**

I totally disagree	I strongly disagree	I disagree a little	I don't agree nor disagree	I agree a little	I very much agree	I totally agree
1	2	3	4	5	6	7

**3. Nurses didn't say enough about the treatment.**

I totally disagree	I strongly disagree	I disagree a little	I don't agree nor disagree	I agree a little	I very much agree	I totally agree
1	2	3	4	5	6	7

**4. Nurses were too easy going and relaxed.**

I totally disagree	I strongly disagree	I disagree a little	I don't agree nor disagree	I agree a little	I very much agree	I totally agree
1	2	3	4	5	6	7

**5. Nurses took a lot of time to arrive whenever they were called.**

I totally agree	I strongly agree	I agree a little	I don't agree nor disagree	I disagree a little	I very much disagree	I totally disagree
1	2	3	4	5	6	7

**6. Nurses gave me information precisely when I needed.**

I totally disagree	I strongly disagree	I disagree a little	I don't agree nor disagree	I agree a little	I very much agree	I totally agree
1	2	3	4	5	6	7

**PLEASE TURN TO QUESTION 7**

Please circle **one** option/answer for each question.

**7. Nurses didn't seem to know what was happening to me.**

I totally disagree	I strongly disagree	I disagree a little	I don't agree nor disagree	I agree a little	I very much agree	I totally agree
1	2	3	4	5	6	7

**8. Nurses turned off the lights very late at night.**

I totally disagree	I strongly disagree	I disagree a little	I don't agree nor disagree	I agree a little	I very much agree	I totally agree
1	2	3	4	5	6	7

**9. Nurses forced me to do things before I was ready.**

I totally agree	I strongly agree	I agree a little	I don't agree nor disagree	I disagree a little	I very much disagree	I totally disagree
1	2	3	4	5	6	7

**10. No matter how busy nurses were, they always found time for me.**

I totally disagree	I strongly disagree	I disagree a little	I don't agree nor disagree	I agree a little	I very much agree	I totally agree
1	2	3	4	5	6	7

**11. I saw nurses as friends.**

I totally disagree	I strongly disagree	I disagree a little	I don't agree nor disagree	I agree a little	I very much agree	I totally agree
1	2	3	4	5	6	7

**12. Nurses spent time supporting the patients who were upset.**

I totally disagree	I strongly disagree	I disagree a little	I don't agree nor disagree	I agree a little	I very much agree	I totally agree
1	2	3	4	5	6	7

**13. Nurses checked on me regularly, to see if I was ok.**

I totally agree	I strongly agree	I agree a little	I don't agree nor disagree	I disagree a little	I very much disagree	I totally disagree
1	2	3	4	5	6	7

Please circle **one** answer for each question.

**14. Nurses let things pile up.**

I totally disagree	I strongly disagree	I disagree a little	I don't agree nor disagree	I agree a little	I very much agree	I totally agree
1	2	3	4	5	6	7

**15. Nurses weren't interested in me as a person.**

I totally disagree	I strongly disagree	I disagree a little	I don't agree nor disagree	I agree a little	I very much agree	I totally agree
1	2	3	4	5	6	7

**16. Nurses explained what was going on.**

I totally disagree	I strongly disagree	I disagree a little	I don't agree nor disagree	I agree a little	I very much agree	I totally agree
1	2	3	4	5	6	7

**17. Nurses explained what they would do before procedure.**

I totally disagree	I strongly disagree	I disagree a little	I don't agree nor disagree	I agree a little	I very much agree	I totally agree
1	2	3	4	5	6	7

**18. Nurses informed the next shift about what was happening with care.**

I totally disagree	I strongly disagree	I disagree a little	I don't agree nor disagree	I agree a little	I very much agree	I totally agree
1	2	3	4	5	6	7

**19. Nurses knew what to do without depending on doctors.**

I totally agree	I strongly agree	I agree a little	I don't agree nor disagree	I disagree a little	I very much disagree	I totally disagree
1	2	3	4	5	6	7

**PLEASE TURN TO QUESTION 20**

Please circle **one** answer for each question.

20. **Nurses often went away forgetting what patients had asked for.**

I totally disagree	I strongly disagree	I disagree a little	I don't agree nor disagree	I agree a little	I very much agree	I totally agree
1	2	3	4	5	6	7

21. **Nurses made sure patients had privacy when they needed it.**

I totally disagree	I strongly disagree	I disagree a little	I don't agree nor disagree	I agree a little	I very much agree	I totally agree
1	2	3	4	5	6	7

22. **Nurses had time to sit and talk with me.**

I totally agree	I strongly agree	I agree a little	I don't agree nor disagree	I disagree a little	I very much disagree	I totally disagree
1	2	3	4	5	6	7

23. **Doctors and nurses worked well together, as a team.**

I totally disagree	I strongly disagree	I disagree a little	I don't agree nor disagree	I agree a little	I very much agree	I totally agree
1	2	3	4	5	6	7

24. **Nurses didn't seem to know what each one was doing.**

I totally disagree	I strongly disagree	I disagree a little	I don't agree nor disagree	I agree a little	I very much agree	I totally agree
1	2	3	4	5	6	7

25. **Nurses knew what the best thing to do was.**

I totally disagree	I strongly disagree	I disagree a little	I don't agree nor disagree	I agree a little	I very much agree	I totally agree
1	2	3	4	5	6	7

26. **There was a joyful atmosphere at the service, thanks to nurses.**

I totally disagree	I strongly disagree	I disagree a little	I don't agree nor disagree	I agree a little	I very much agree	I totally agree
1	2	3	4	5	6	7

## SECTION 2: YOUR OPINION ABOUT NURSING CARE

**How to answer these questions:**

**In this section, we'll question your opinion about the nursing care you received over your stay at this service. For each question, please circle the number that best describes your opinion.**

Thinking about your stay here, how did you feel about...?

		Not pleased at all	A little pleased	Quite pleased	Very pleased	Totally pleased
1	The amount of time nurses spent with you	1	2	3	4	5
2	How capable nurses were at their work	1	2	3	4	5
3	There was always a nurse around if you needed one	1	2	3	4	5
4	The amount of nurses that knew about your needing care	1	2	3	4	5
5	How fast nurses showed up when you called them	1	2	3	4	5
6	The way nurses made you feel "at home"	1	2	3	4	5
7	The amount of information nurses gave you on your condition and treatment	1	2	3	4	5
8	How frequently nurses checked on you	1	2	3	4	5
9	Help/assistance from nurses	1	2	3	4	5
10	The way nurses explained things to you	1	2	3	4	5
11	How nurses helped reassure your family and friends	1	2	3	4	5
12	The way nurses faced their work	1	2	3	4	5
13	The type of information nurses gave you on your condition or treatment	1	2	3	4	5
14	The way nurses addressed you as an individual	1	2	3	4	5
15	How nurses listened to your worries and problems	1	2	3	4	5
16	The amount of freedom you were given at the service	1	2	3	4	5
17	The willingness of nurses in answering to your requests	1	2	3	4	5
18	The amount of privacy nurses gave you	1	2	3	4	5
19	The conscience of nurses about your needs	1	2	3	4	5

**PLEASE TURN TO SECTION 3 QUESTION 1**

### SECTION 3: QUESTIONS ABOUT YOURSELF

These questions are about yourself. In order to help us understand your answers to the other groups of questions, we need some information about you as a person. If you are unsure of how to answer to a particular question, please give the best answer you can and write down your comments next to the question.

1. Please say if you are:

Please circle the number

Male 1

Female 2

2. How old are you?

Please write down your age in the space below.

Age: \_\_\_\_\_ years old

3. We would like to know something about your education.

Please circle the number

Are you still studying on a full-time basis? Yes 1

No 2

How old were you when you stopped studying on a full-time basis?

Please write down the age in the space below.

The age you stopped full-time study/education \_\_\_\_\_

4. Including last night, how many nights did you spend at this service, on this occasion?

Please write the number of nights in the space below.

Number of nights \_\_\_\_\_

5. Was there a particular nurse responsible for your care, at this service?

Please circle ONE number only

Yes 1

No 2

I'm not sure 3

6. How would you classify the nursing care you got at this service?

Terrible	Very poor	Poor	Adequate	Good	Very good	Excellent
1	2	3	4	5	6	7

7. In general, how would you classify your recent stay at this service?

Terrible	Very poor	Poor	Adequate	Good	Very good	Excellent
1	2	3	4	5	6	7

8. Were there any ways in which nursing care could have been improved during your stay at this hospital?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. Would you like to comment on anything else?

.....

.....

.....

.....

.....

Today's Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**THANK YOU FOR YOUR COOPERATION**

**Anexo 12 - Grelha para a observação do comportamento verbal e não verbal**







**Anexo 13 - Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital das UCI/IN**

Ex.mo Sr. Director do Conselho de Administração

O meu nome é Sandra Rodrigues e sou enfermeira do Serviço de Pediatria/Unidade de Cuidados Intermédios de Neonatologia do Hospital Infante D. Pedro, EPE. Sou também estudante do Mestrado de Supervisão da Universidade de Aveiro e encontro-me a desenvolver um estudo de investigação subordinado ao tema: “Supervisão em Enfermagem Neonatal: Pais e Enfermeiros como parceiros no desenvolvimento de competências”, sob orientação da Professora Doutora Anabela Pereira e da Professora Doutora Isabel Santos.

Como objectivo geral deste trabalho pretendo relacionar a satisfação dos pais com os cuidados de enfermagem e a sua auto-avaliação de competências na prestação de cuidados ao recém-nascido com a prática dos cuidados centrados na família e com a avaliação das competências parentais realizada pelos enfermeiros.

Tendo em conta a realidade dos cuidados prestados no Serviço de Neonatologia deste Hospital, venho por este meio solicitar a autorização para aplicar um questionário aos enfermeiros e aos pais dos recém-nascidos internados neste Serviço. Os questionários são anónimos e seguem em anexo, assim como o projecto de investigação e o meu *curriculum vitae*.

Comprometo-me desde já a apresentar os resultados do nosso trabalho de investigação à instituição, logo que o trabalho seja avaliado.

Sem outro assunto de momento, agradeço desde já toda a atenção dispensada e brevidade de resposta.

Com os melhores cumprimentos:

Sandra Rodrigues

Aveiro, 4 de Março, 2009

Contacto: Sandra Rodrigues

Rua da Bombarda, Presa

3810-013 Aveiro

E – mail: [spfrodrigues@hotmail.com](mailto:spfrodrigues@hotmail.com)

## **Anexo 14 – Autorização para a realização da investigação no HIP**